

Technická univerzita v Liberci  
Ústav zdravotnických studií

Studijní program: B 5341 Ošetrovatelství  
Studijní obor: 5341R009 Všeobecná sestra

**Kvalita ošetrovatelské péče z pohledu klienta/pacienta**

The quality of nursing care from the perspective of the client/patient

Roman Šedlbauer  
Bakalářská práce  
2011

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Roman ŠEDLBAUER**  
Osobní číslo: **Z08000119**  
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Kvalita ošetrovatelské péče z pohledu klienta/pacienta**  
Zadávající katedra: **Ústav zdravotnických studií**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

#### Cíle práce:

1. Zjistit a vyhodnotit úroveň spokojenosti s ošetrovatelskou péčí u hospitalizovaných pacientů ÚVN Praha.
2. Komparace výsledků šetření, s výsledky již proběhlých výzkumů v ÚVN Praha, se zaměřením na hodnocení kvality zdravotní péče.

#### Abstrakt:

Ústřední vojenská nemocnice Praha patří mezi organizace, která má zavedený systém řízení kvality zdravotní péče dle mezinárodních standardů JCI. Bakalářská práce se v první části bude zabývat teoretickým rámcem kvality zdravotní péče. Vychází z poznatků získaných studiemi odborné literatury. Praktická část interpretuje výsledky dotazníkového šetření u respondentů ÚVN Praha. Pro účely bakalářské práce bude modifikován dotazník firmy STEM/MARK 2009, RNDr. Tomáše Raitera.

#### Předpoklady:

- 1 - Předpokládám, že dotazovaní pacienti nejsou spokojeni s poskytováním informací o průběhu ošetrovatelské péče během hospitalizace.
- 2 - Domnívám se, že pacienti jsou nespokojeni s dobou ranního buzení.
- 3 - Očekávám, že jsou pacienti dostatečně edukováni o průběhu propuštění a následné péči.

#### Metoda:

Kvantitativní - anonymní dotazník (použité otázky otevřené, uzavřené, polozavřené) - modifikovaný dotazník firmy STEM/MARK 2009, RNDr. Tomáše Raitera.

#### Technika:

Anonymní hromadný dotazník.

Místo a čas výzkumu :

Ústřední vojenská nemocnice Praha, listopad - prosinec 2010

Vzorek respondentů:

Hospitalizovaní pacienti, den před plánovaným propuštěním.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

50 - 70 stran

Forma zpracování bakalářské práce:

tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

MADAR, J. A KOL. Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení. Praha : Grada, 2004. ISBN 80-247-0585-0.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice. Praha : Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2436-2.

ŠKRLA, P, ŠKRLOVÁ, M. Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních. Praha : Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2616-8.

VONDRÁČEK, M, WIRTHOVÁ, V. Sestra a její dokumentace: návod pro praxi. Praha : Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2763-9.

POLICAR, R. Zdravotnická dokumentace v praxi. Praha : Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2358-7.

KOCH, M, FAIRLY, T. Integrated quality management: the key to improving nursing care quality. Michigan : Mosby, 1993. ISBN 9780801674761.

SCHROEDER, P. Issues and strategies for nursing care quality. Maryland : Aspen Publishers, 1991. ISBN 0-8342-0213-1.

GLADKIJ, HEGER, STRNAD. Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování. Brno : IDVPZ, 1999. ISBN 80-7013-272-8.

ŠKRLA, P. Především neublížit. Cesta k prevenci pochybení v léčebné a ošetrovatelské péči. Brno : NCONZO, 2005. ISBN 80-7013-419-4.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Hana Bláhová

Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce:

30. dubna 2010

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. června 2011

prof. Dr. Ing. Zdeněk Kůs

rektor

L.S.



doc. MUDr. Jaromír Mysliveček, Ph.D.

ředitel

V Liberci dne 30. listopadu 2010

## Prohlášení

Byl jsem seznámen s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje Zákon č. 121/2000 Sb. O právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL. V tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce.

Datum: 24. 6. 2011

Podpis:

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Haně Bláhové, za odborné vedení práce, metodické pokyny, cenné rady a připomínky při zpracování bakalářské práce. Díky patří náměstkyni ředitele pro nelékařská zdravotnická povolání Ústřední vojenské nemocnice Praha Mgr. Lence Gutové, MBA za umožnění realizace výzkumného šetření. Dále chci poděkovat své rodině za morální podporu během celého studia.

## **Anotace v českém jazyce**

**Jméno a příjmení autora:** Roman Šedlbauer

**Instituce:** Technická univerzita v Liberci – Ústav zdravotnických studií

**Název práce:** Kvalita ošetrovatelské péče z pohledu klienta/pacienta

**Vedoucí práce:** Mgr. Hana Bláhová

**Počet stran:** 68

**Počet příloh:** 6

**Rok obhajoby:** 2011

**Souhrn:** Bakalářská práce je zaměřena na sledování kvality ošetrovatelské péče. V teoretické části jsou na základě prostudované literatury shrnuty a prezentovány základní teoretické poznatky týkající se kvality ošetrovatelské péče z pohledu klienta/pacienta.

Anonymní dotazníkovou metodou bylo zjištěno, že kvalita ošetrovatelské péče je na kardiologickém oddělení v Ústřední vojenské nemocnici Praha na velmi vysoké úrovni. Analýzou a komparací výsledků průzkumu, který se realizoval v roce 2010 bylo zjištěno, že je stále stoupající trend úrovně kvality ošetrovatelské péče.

**Klíčová slova:** Kvalita ošetrovatelské péče, standard ošetrovatelské péče, audit, akreditace, edukace.

## **Anotace v anglickém jazyce**

**Name and surname:** Roman Šedlbauer

**Institution:** Technical University - Department of Health Studies

**Title:** The quality of nursing care from the perspective of the client/patient

**Supervisor:** Mgr. Hana Bláhová

**Pages:** 68

**Addenda:** 6

**Year:** 2011

**Summary:** The thesis is focused on monitoring the quality of nursing care. The theoretical part is based on review of the literature is summarized and presented the basic theoretical knowledge regarding the quality of nursing care from the perspective of the client / patient.

An anonymous questionnaire method was found that the quality of nursing care in the cardiology department of the Central Military Hospital in Prague on a very high level. Comparing and analyzing the results of a survey that was conducted in 2010 found that the trend is still rising level of quality of nursing care.

**Key words:** The quality of nursing care, nursing care standards, audit, accreditation, education.

## Obsah

Obsah .....	- 8 -
I. TEORETICKÁ ČÁST .....	- 9 -
ÚVOD .....	- 9 -
1. Základní pojmy .....	- 11 -
1.2 Definice kvality z hlediska klienta, poskytovatele a řízení .....	- 11 -
2. Historie kvality ošetrovatelské péče .....	- 13 -
3 Kvalita ošetrovatelské péče .....	- 14 -
3.1 Měření kvality ve zdravotnictví .....	- 15 -
3.2 Standardy kvality ošetrovatelské péče .....	- 16 -
3.3 Zajišťování kvality ošetrovatelské péče .....	- 17 -
3.4 Program zvyšování kvality ošetrovatelské péče .....	- 18 -
3.5 Akreditace zdravotnických zařízení jako metoda hodnocení a zlepšování kvality .....	- 20 -
4. Legislativa ČR a ošetrovatelská dokumentace .....	- 23 -
5. Význam ošetrovatelské dokumentace .....	- 25 -
6. Ošetrovatelské audity .....	- 27 -
6.1 Metody ošetrovatelského auditu .....	- 27 -
7. Řízení kvality péče v Ústřední vojenské nemocnici Praha .....	- 30 -
7.1 Edukace pacientů a jejich blízkých v ÚVN .....	- 32 -
7.2 Kvalita očima pacientů v ÚVN .....	- 34 -
II. EMPIRICKÁ ČÁST .....	- 35 -
8. Cíle práce .....	- 35 -
9. Hypotézy výzkumného šetření .....	- 35 -
10. Charakteristika respondentů .....	- 35 -
11. Použitá metodika .....	- 36 -
12. Realizace výzkumného šetření .....	- 36 -
13. Zpracování výsledku šetření .....	- 37 -
14. Výsledky průzkumu .....	- 38 -
15. Návrh řešení zjištěných nedostatků .....	- 59 -
16. Vyhodnocení hypotéz .....	- 59 -
17. Komparace výsledků .....	- 60 -
18. Přímý vliv kvality ošetrovatelské péče na zdravotní stav pacienta .....	- 61 -
ZÁVĚR .....	- 62 -
SEZNAM TABULEK .....	- 64 -
SEZNAM GRAFŮ .....	- 65 -
Soupis bibliografických citací .....	- 66 -
Seznam příloh .....	- 68 -
Přílohy .....	- 69 -



# I. TEORETICKÁ ČÁST

## ÚVOD

Ve své bakalářské práci se zabývám kvalitou ošetrovatelské péče z pohledu klienta/pacienta s výzkumem zaměřeným do Ústřední vojenské nemocnice Praha (dále jen ÚVN), kde pracuji jako vrchní sestra na Oddělení rehabilitace a fyzikální medicíny.

Kvalita zdravotní péče je ovlivněna hodnotami, které v dané společnosti převládají a individuálními hodnotami těch, kteří tyto definice vytvářejí. Jedná se především o politiky, tvůrce zdravotnické legislativy i o samotné zdravotnické pracovníky (Lemon 1, 1997).

Sestry a další zdravotničtí pracovníci se vždycky snažili najít způsob, jak poskytovat co nejlepší péči. K tomu je třeba stanovit, co je pokládáno za dobrou, standardní kvalitní péči (Lemon 1, 1997).

Hlavním cílem ošetrovatelství v praxi je vhodnými metodami systematicky a všestranně uspokojovat potřeby člověka ve vztahu k udržení jeho zdraví nebo potřeb vzniklé či pozměněné onemocněním (Lemon 1, 1997).

Kvalitu ošetrovatelské péče významně ovlivňuje akreditace zdravotnických zařízení (dále jen ZZ), ať už tuzemská – například Spojená akreditační komise (SAK), ISO 9001 zabývající se spíše technickými provozy ve zdravotnictví, nebo mezinárodní Joint Commission International (JCI).

ÚVN Praha se rozhodla jít cestou akreditace a získala jako první mezinárodní akreditaci JCI ve střední a východní Evropě. Poskytování vysoce kvalitní zdravotní péče a kvalitní vedení ošetrovatelské dokumentace v tomto ZZ bylo motivem k vypracování předkládané bakalářské práce.

Cílem mé bakalářské práce je zmapovat a vyhodnotit úroveň – kvalitu ošetrovatelské péče z pohledu klienta/pacienta a porovnat výsledky s již proběhlými výzkumy v ÚVN Praha.

Jako hypotézy jsem si stanovil tato tvrzení:

- Předpokládám, že dotazovaní pacienti nejsou spokojeni s poskytováním informací o průběhu ošetrovatelské péče během hospitalizace.
- Domnívám se, že pacienti jsou nespokojeni s dobou ranního buzení.
- Očekávám, že jsou pacienti dostatečně edukováni o průběhu propuštění a následné péči.

Bakalářskou práci člením na část teoretickou a část empirickou.

Teoretická část se zabývá obecným pojetím kvality ošetrovatelské péče, jak se dá měřit a zajišťovat kvalita ošetrovatelské péče, standardami kvality ošetrovatelské péče, systémovými modely zvyšování kvality zdravotní péče. Dále akreditací ZZ, ošetrovatelskou dokumentací a ošetrovatelskými audity včetně legislativy České republiky s tímto související.

V části empirické analyzuji získané poznatky dotazníkového šetření, které jsem prováděl na Kardiologickém oddělení Interní kliniky 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a ÚVN Praha.

Věřím, že výsledky průzkumného šetření budou prospěšné nejenom pro mě, ale i pro zdravotnický personál oddělení, respektive celé nemocnice, kde jsem průzkumné šetření aplikoval.

## 1. Základní pojmy

**Kvalita ošetrovatelské péče** - shoda mezi poskytovanou ošetrovatelskou péčí a existujícími kritérii optimální péče (ošetrovatelskými standardy). (<http://www.fnplzen.cz/ospece/terminologie.htm#>)

**Ošetrovatelský standard** - platná všeobecně přijatá norma kvality určitého aspektu ošetrovatelské péče. Stanoví kritéria, podle nichž může být kvalita hodnocena. (<http://www.fnplzen.cz/ospece/terminologie.htm#>)

**Akreditace** - oprávnění k určité činnosti nebo ověření a uznání takového oprávnění. Často to může být synonymum pro získání licence – certifikace. Akreditace ZZ znamená ověření jejich kvality. (<http://cs.wikipedia.org/wiki/Akreditace>).

**Management kvality** - skupina postojů, procesů a procedur vyžadovaných pro plánování a provádění ošetrovatelské péče. ([http://cs.wikipedia.org/wiki/management\\_jakosti](http://cs.wikipedia.org/wiki/management_jakosti))

### 1.2 Definice kvality z hlediska klienta, poskytovatele a řízení

#### 1. Kvalita z hlediska klienta

Co klienti vyžadují od služeb, jaké jsou potřeby a očekávání jednotlivých klíčových zákazníků. Z hlediska zákazníků byly nalezeny následující charakteristiky, považované za důležité: (Gladkij, Heger, Strnad, 1999)

- prevence zdravotních problémů,
- schopnost diagnostikovat zdravotní problémy,
- účinek na tělesné, biologické, duševní a společenské funkce člověka,
- shoda mezi diagnózou, prognózou a léčbou,
- trvání léčby,
- dostupnost péče,

- informace použitelné pro řízení individuální zdravotní péče.

## 2. Kvalita služeb z hlediska poskytovatele

Zde si odborná veřejnost klade otázky, zda služby naplňují potřeby, tak jak jsou definovány odborníky, zda jsou použity vhodné techniky a procedury, které jsou považovány za nezbytné k naplnění klientových potřeb. (Gladkij, Heger, Strnad, 1999)

## 3. Kvalita z hlediska řízení

Nejekonomičtější a nejproduktivnější využití zdrojů v rámci limitů a direktiv, stanovených vyššími nadřízenými nebo plátcí. Přístupy ke kvalitě z hlediska řízení mohou mít tendenci preferovat některou z dimenzí kvality, např: (Gladkij, Heger, Strnad, 1999)

- odvracení rizika a minimalizace zanedbání,
- pravidelné stanovování minimálních standardů,
- odborný rozvoj,
- služba klientům,
- rozvoj organizace,
- celkové řízení kvality.

## **2. Historie kvality ošetrovatelské péče**

Zajišťování kvality ošetrovatelské péče v České republice sahá až do období Florence Nightingalové, která usilovala o vysoce kvalitní ošetrovatelskou péči neustálým dohledem na ošetrovatelskou praxi. Svojí představu o tom, jak by měla taková péče vypadat, vylíčila v mnoha ošetrovatelských spisech. Stanovila určité standardy, podle kterých potom posuzovala to, co viděla nebo slyšela. Pokud se jí zdálo, že daná situace neodpovídá jejím normám, snažila se o nápravu (Lemon 1, 1997).

Zakladatelem nového celostního chápání kvality poskytované zdravotní péče byl Avedis Donabedian. Jeho teoretické práce současně s rozmachem zdravotnických služeb a s rozšířením vyspělých technologií v sedmdesátých letech USA, ale i v Evropě vyvolaly zájem o vyhodnocování kvality a spotřeby zdravotnické péče (Gladkij, Heger, Strnad, 1999).

Donabedian definuje kvalitu zdravotní péče jako takovou péči, při které lze očekávat maximální přínos pro pacientovo zdraví a kdy získaný prospěch je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu (Gladkij, Heger, Strnad, 1999).

### 3 Kvalita ošetrovateľskej péče

Pod pojmom kvalita si môžeme predstavovať cokoliv. Pojetí kvality je dáno kultúrnym a sociálnym prostredím. Je vždy ovplyvnené našim hodnotovým systémom a stupňom znalostí (Lemon 1, 1997).

Kvalita je intuitívne vnímaný pojem, ale takový, ktorý vyžaduje definíciu. V literatúre nájdeme plno definícií kvality. Svetová zdravotnícka organizácia definovala kvalitu zdravotníkej péče v roku 1966 ako súhrn výsledkov dosiahnutých v prevencii, diagnostike a liečbe, určených potrebami obyvateľstva na základe lekárskeho vied a praxe (Gladkij, Heger, Strnad, 1999).

Donabedian definuje kvalitu zdravotníkej péče ako péču, pri ktorej lze očakávať maximálny prínos pre pacientovo zdravie a kedy získaný prospech je v srovnaní s nákladmi vyšší vo všetkých fázach liečebného procesu (Gladkij, Heger, Strnad, 1999).

Podľa najnovšej definície WHO je kvalita zdravotníkej péče definovaná ako stupeň dokonalosti poskytovanej zdravotníkej péče vo vzťahu k súdobej úrovni znalostí a technologického vývoja (Gladkij, Heger, Strnad, 1999).

Definícia kvality je vždy vo svojich princípoch jedinečná z hľadiska obsažených hodnôt v rámci danej profesionálnej i etickej kultúry a v kontextu konkrétnej situácie. Je nemožné definovať kvalitu péče, ak by sme nezvažovali hodnoty, ktoré tvoria pozadie konkrétnej individuálnej spoločenskej a profesionálnej situácie (Škrla, 2003).

Kvalita péče je dynamický pojem s mnohými rozmermi. Jej definícia závisí ako na pohľade osoby, ktorá ju definuje, tak na kontextu spoločenského a organizačného prostredia. Definícia sa tiež mení pri vzniku a prijatí nových poznatkov. Preto sa pri definícii kvality péče musíme ptať: z ktorej perspektívy je nazíraná, na jakých hodnotách je založená a z jakých znalostí a zdrojov prameň (Gladkij, Heger, Strnad, 1999).

Kvalita ošetrovateľskej péče patrí medzi najprednejšie tradičné hodnoty zdravotníkej péče. V dôsledku rapidného rozvoja nových medicínskych technológií získava kvalita nové rysy a rozmery. S rastom nových atributov narastajú tiež finančné náklady zdravotníkej péče (Gladkij, Heger, Strnad, 1999).

Kvalita je v současnosti jedním z hlavních problémů ošetrovatelské péče ve vyspělých zemích. Problém kvality je těsně spjat s otázkami profesního rozvoje a vzdělávání, klinické analýzy a kontroly, se standardy péče a s akreditacemi pracovišť (Gladkij, Heger, Strnad, 1999).

Rozšířený pojem kvality ošetrovatelské péče byl ve světě modifikován zaváděním definovaných cílů a kvalitních metod do měření kvality. Vyhodnocování kvality poskytované péče se stává stále aktuálnější záležitostí. Zajišťování kvality je spjato s růstem profesionality a celkové efektivnosti péče a ve vyspělých státech je mu věnována stále větší pozornost (Gladkij, Heger, Strnad, 1999).

Důležitým prvkem zlepšování kvality v našich nemocnicích je hodnocení ošetrovatelské péče. K němu vede kontinuální vzdělávání sester a správně pojatá nástupní praxe, v níž je založen potencionál budoucích kvalit. Byla vyvinuta řada doporučení správné ošetrovatelské péče, pomocí nichž je možné poskytovat péči podle standardních postupů a současně ji hodnotit. (Gladkij, Heger, Strnad, 1999).

### **3.1 Měření kvality ve zdravotnictví**

Kvalitu monitorujeme ve smyslu měření procesů péče, klinických výsledků péče a vztahem obou k nákladům péče. Každá oblast by měla být hodnocena z hlediska:

- filozofie a cílů,
- řízení a pracovníků,
- rozvoje a vzdělávání pracovníků,
- postoje a procedur,
- zařízení a vybavení,
- vyhodnocování a zajišťování kvality.

Měření kvality nemůže být realizováno jen jedním činitelem, ani jen samotnými lékaři, manažery, pojišťovnou či nadřízeným úřadem. K měření kvality se používá dvou základních metodologických přístupů, a to studia jednotlivých případů a statistických

postupů. Předmětem kazuistického přístupu mohou být jednotlivé problémy nebo jednotlivé druhy diagnóz. Statistický přístup může být uplatněn formou informací z rutinně vedených statistik nebo formou zvláště plánovaných vyšetření či kontrolovaných klinických pokusů (Gladkij, Heger, Strnad, 1999).

V programech zvyšování kvality péče existují indikátory kvality, s jejichž pomocí můžeme měřit a vyhodnocovat kvalitu lékařské a ošetrovatelské péče (Gladkij, Heger, Strnad, 1999).

### **Indikátory kvality ve zdravotnictví**

Indikátory mohou být nazvány měřitelnými kritérii, které v porovnání s určitým standardem, směrnicí nebo požadavkem ukazují, jak dalece bylo kvality dosaženo.

Důležité vlastnosti indikátorů: (Škrla, 2003)

- indikátor je vždy kvantita, která nám něco říká o kvalitě,
- indikátor je vždy číslo,
- jsou to výstražné značky, které nás informují o chybách,
- nejsou neomylné,
- mohou být zaměřené na negativní nebo pozitivní jevy,
- mohou být zaměřeny na lékaře, sestru, proces, klinickou událost, nebo systém.

### **3.2 Standardy kvality ošetrovatelské péče**

Ošetrovatelským standardem se rozumí dohodnutá profesní norma kvality. Standard určuje, co je nutnou, nezbytnou, základní normou pro poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Je tedy vodítkem, podle kterého můžeme hodnotit, zda ošetrovatelské činnosti odpovídají požadované úrovni (Jarošová, 2000).

Standardy vymezují jednoznačně minimální úroveň péče, která má být poskytnuta. Stanovení ošetrovatelských standardů se často označuje jako druhý krok v procesu



definování a měření kvality ošetrovatelské péče. Standard je vodítkem, podle kterého můžeme hodnotit, zda ošetrovatelské činnosti odpovídají požadované úrovni (Mastiliaková, 2002).

Za kvalitní péči je považována taková, která uspokojuje individuální potřeby klientů. Standardy, které jsou vytvořené pro přímou péči, musí být orientované na uspokojování potřeb (např. Maslowova hierarchie potřeb) (viz. Příloha C) (Lemon 1, 1997).

V současné době se v přímé péči používají:

1. Standardy pro jednotlivé ošetrovatelské intervence
2. Standardy všeobecné péče
3. Standardy péče o pacienty se speciálními potřebami
4. Standardy rámcových plánů péče o pacienty s konkrétními klinickými stavy

### **3.3 Zajišťování kvality ošetrovatelské péče**

Zajišťování kvality ošetrovatelské péče obsahuje tyto základní elementy: (Jarošová, 2000)

- stanovení jasných cílů a profesionálních hodnot,
- definici požadované kvality,
- vypracování ošetrovatelských standardů, jejichž dodržování požadovanou kvalitu zaručí,
- vypracování systému kontroly dodržování standardů,
- zajištění organizačních a personálních faktorů, které jsou nezbytné pro dosažení standardní práce,
- stanovení způsobů hodnocení dosaženého efektu.

### 3.4 Program zvyšování kvality ošetrovatelské péče

V současné době je úroveň kvality zdravotní péče především záležitostí managementu jednotlivých nemocnic, které vzhledem ke konkrétním podmínkám musí nejen implicitně, ale v mnoha případech i explicitně definovat požadavky na ošetrovatelskou péči v daném zařízení. Plnění těchto požadavků závisí však na mnoha faktorech. Základní význam pro zabezpečení žádoucí kvality ošetrovatelské péče má dostatek zdravotních sester (Škrla, 2003).

Úroveň ošetrovatelské péče v nemocnici a na jednotlivých odděleních v podstatě závisí na těchto faktorech: (Gladkij, Heger, Strnad, 1999)

- na počtu zdravotních sester,
- na osobnostním profilu zdravotních sester a jejich pracovní motivaci,
- na odborné kvalifikaci zdravotních sester (znalosti, dovednosti, spolehlivost),
- na úrovni organizace práce daného pracoviště,
- na úrovni řízení příslušného zdravotnického týmu,
- na úrovni mezilidských vztahů v daném zdravotnickém týmu,
- na úrovni technických a technologických prostředků určených pro ošetrovatelskou péči.

Kvalita péče je dnes hodnocena především z perspektivy pacienta a výstupů indikátorů kvality ošetrovatelské péče. V současné době se mnoho ZZ zaměřuje na zvýšení kvality péče o pacienty. Motivy jsou různé. Uspokojení požadavků akreditačních standardů, udržení nebo zvýšení počtu pacientů v nově se formujících spádových oblastech, zajištění dobré pověsti, přežití v tvrdších konkurenčních podmínkách, získání odborného personálu, nutnost přiblížit se standardu EU a v neposlední řadě touha zdravotnického personálu dělat správné věci správně (Škrla, 2003).

Ekonomické problémy nemocnic, problémy s pojišťovnami a nespokojenost s platovými podmínkami, to vše má nepřímý vliv na kvalitu a ohrožuje ji. Koncept kvality v západních zemích nepřipouští ohrožení kvality těmito faktory. Kvalita v těchto zemích se pokládá za záležitost lékařské a ošetrovatelské etiky. Vysoce kvalitní péče se promítne nejen do spokojenosti pacientů, ale pomůže snížit provozní náklady tím, že odbourá náklady spojené s nekvalitou (Škrla, 2003).

Program kontinuálního zvyšování kvality (dále jen KZK) využívá několika metod a prověřených nástrojů kvality, zaměřených na kvalitu péče o pacienta a na uspokojování požadavků externích a interních zákazníků. Program KZK je strategií nemocnice, která staví do centra veškerého dění spokojenost klientů.

Program se skládá ze dvou důležitých oblastí: (Škrla, 2003)

1. Metod a pracovních postupů
2. Chování a postojů zdravotnického personálu

Základem programu je motivace všech zaměstnanců k neustálému zlepšování a tím vytváření podmínek pro splnění a překračování požadavků pacientů a zainteresovaných zákazníků.

Při sledování kvality z hlediska akreditace nebo z hlediska programu KZK, rozlišujeme 8 dimenzí, které nám pomohou pomoci při rozhodování, zda nabízené služby jsou kvalitní, vhodné, efektivní nebo účelné (Škrla, 2003).

Jsou to tyto dimenze:

1. bezpečnost,
2. kompetence,
3. přijatelnost,
4. efektivnost,
5. vhodnost,
6. ekonomičnost,

7. dostupnost,
8. kontinuita.

Je však nutné si uvědomit, že základem zvyšování kvality poskytované péče, je změna chování a postojů zdravotnického personálu. Při zavádění programu KZK je nutné přijmout novou filozofii myšlení. Často se ve ZZ setkáváme se strachem. Lidé mají strach ze změn (Škrla, 2003).

Chování a postoje mají vliv na výkonnost celého ZZ. Jednou z největších překážek KZK je nedostatek komunikace na všech úrovních ZZ (Škrla, 2003).

### **3.5 Akreditace zdravotnických zařízení jako metoda hodnocení a zlepšování kvality**

Akreditace je proces, při kterém externí organizace (obvykle nestátní) hodnotí a posuzuje ZZ, do jaké míry toto zařízení postupuje ve shodě s požadavky na zvyšování kvality péče. Akreditace je obvykle dobrovolná. Akreditace slouží hodnocenému zařízení k tomu, aby se jasně zavázalo ke zvyšování kvality péče o pacienty, k zajišťování bezpečného prostředí, ve kterém je péče poskytována, a k systematické snaze o snižování množství rizik pro pacienty i pro zaměstnance. Celosvětově stoupá zájem o akreditaci jako o účinný nástroj hodnocení i řízení kvality. (Hlavičková, 2011).

Joint Commission International je organizace, která jako jediná vypracovala vlastní systém více než tří set standardů kvality péče a bezpečí pacientů. Vycházela přitom z více než sedmdesátiletých zkušeností své mateřské organizace Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations (JCAHO), která akredituje více než dvacet tisíc zařízení v USA (Hlavičková, 2011).

Akreditované zařízení musí prokázat naplnění standardů pokrývajících nejen oblast vlastního poskytování zdravotní péče, ale i oblast práv pacientů, bezpečnosti areálu nemocnice, personálního a krizového řízení. To znamená obvykle vypracovat velmi rozsáhlý systém vnitřních předpisů, které jednotlivé procesy popisují. Každé posuzované zařízení musí sledovat alespoň 25 indikátorů kvality (Hlavičková, 2011).

Dnes většina vyspělých zemí světa standardizuje svá ZZ formou akreditačních řízení. Málokterá nemocnice si může dovolit nepodřídít se normám, které jsou tímto programem definovány. Nepodřídít se by znamenalo nejen ztrátu důvěry pacientů, ale eventuální ztrátu trhu a schopnosti obstát v konkurenčním boji o udržení existence (Škrla, 2003).

Příprava ZZ na akreditační šetření spočívá v uvedení svých standardů, směrnic a praxe do souladu s akreditačními standardy tak jak jsou uvedeny v akreditačním manuálu. Inspekční tým, který provádí následné šetření, se zabývá základními aspekty provozu nemocnice, jeho strukturou, procesy a výstupy péče. Informace o kvalitě provozu ZZ tým získává auditem zdravotnické dokumentace, inspekcí jednotlivých oddělení a pohovorem se zaměstnanci a pacienty. Inspekce trvá 2-3 dny a akreditační certifikát se uděluje na období 2-4 let (Škrla, 2003).

#### **Výhody akreditace: (Škrla, 2003)**

- Pro ZZ jejichž vývoj probíhal v minulosti nerovnoměrně, akreditační proces přináší standardy, jejichž přijetí a realizace může snížit variabilitu mezi jednotlivými odděleními a ZZ. Akreditace zlepší image ZZ v spádové oblasti, vytvoří atraktivnější podmínky pro získání nebo udržení špičkového zdravotnického personálu, upevní vztahy obcí a zdravotnickými pojišťovnami, zajistí dobré výsledky v případě výběrových řízení a stabilizuje spádovou oblast ZZ.
- Pro uživatele (pacienty) je akreditace určitou zárukou, že ZZ splňuje nebo překračuje základní požadavky na kvalitu a bezpečnost poskytované péče. Při návštěvě jiného akreditovaného ZZ pacient očekává podobné léčebné metody, přístupy a výsledky jako v akreditovaném ZZ, na které je zvyklý.
- Pro plátce (Zdravotní pojišťovny) akreditace znamená, že finanční prostředky vyplácené za služby/péči pro jejich klienty jsou investovány v instituci, která má měřitelný a prokazatelný standard poskytovaných služeb. V řadě zemí je akreditace implicitní nebo explicitní podmínkou k uzavření smlouvy mezi ZZ a pojišťovnou.
- Pro komunitu/obec - očekává, že ZZ sloužící jejich občanům poskytuje vysoce kvalitní zdravotní péči. Akreditace poskytuje určitou evidenci o tom, že tomu tak skutečně je.

Akreditační proces definuje rozsah a obsah programu kontinuálního zvyšování kvality, bez kterého je řízení a provozování ZZ takřka nemyslitelné (Škrla, 2003).

#### 4. Legislativa ČR a ošetrovatelská dokumentace

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění, v §67b ukládá ZZ vést zdravotnickou dokumentaci. Zákon však nečiní rozdíl mezi zdravotnickou dokumentací lékaře a sester (Vašátková, 2001).

Bylo by jistě výhodou, pokud by se naplnila snaha ujednotit zdravotnickou dokumentaci. Za současného stavu, kdy část ZZ je státních, jiná pak nestátní, bude její ujednacení více než obtížné, ne-li nemožné. Mimo jiné také proto, že je třeba akceptovat specifika, požadavky a názory jednotlivých pracovišť (Vašátková, 2001).

Právní předpis stanovuje, že zdravotnická dokumentace obsahuje:

- osobní údaje pacienta v rozsahu nezbytném pro identifikaci pacienta a zjištění anamnézy,
- informace o onemocnění pacienta, o průběhu a výsledku vyšetření a dalších významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta a s postupem při poskytování zdravotní péče.

K identifikaci pacienta slouží křesní jméno, příjmení, rodné číslo, případně datum narození a bydliště. Předpis stanovuje, že každá samostatná část zdravotnické dokumentace musí obsahovat osobní údaje pacienta v rozsahu nezbytném pro jeho identifikaci a také označení ZZ, které ji vyhotovilo (Vondráček, Ludvík, Nováková, 2003).

Zápis ve zdravotnické dokumentaci musí, jak požaduje zákon, být veden průkazně, pravidelně a čitelně. Zápis je průběžně doplňován a musí být opatřen datem zápisu, identifikací a podpisem osoby, která zápis provedla. Pokud se provádějí úpravy nebo opravy v dokumentaci, musí být provedeny tak, aby původní záznam byl čitelný. Oprava musí být řádně autorizována, tzn. že musí být uvedeno, kdo a kdy záznam opravil (Vondráček, Ludvík, Nováková, 2003).

Zákon č. 101/2000 Sb., ochraně osobních údajů, v § 13 stanovuje, že správce a zpracovatel osobních údajů jsou povinni přijmout taková opatření, aby nemohlo dojít k neoprávněnému nebo nahodilému přístupu k osobním údajům, jejich záměně,

zničením, ztrátě, jakož i zneužití osobních údajů. Tato povinnost platí i po ukončení zpracování osobních údajů (Vondráček, Ludvík, Nováková, 2003).

Ošetrovateľská dokumentace je součástí celkové zdravotnické dokumentace o nemocném. Umožňuje jednak dokumentovat poskytovanou ošetrovateľskou péči, jednak poskytuje řadu významných informací, které si sestry potřebují mezi sebou předat. Jednoduchá a kvalitní dokumentace je nezbytnou složkou ošetrovateľského procesu (Vondráček, Ludvík, Nováková, 2003).



## 5. Význam ošetrovateľskej dokumentácie

Kvalitní vedení ošetrovateľskej dokumentácie je odrazem úrovne profesionálnej praxe. Správne, vhodné a efektívne vedení dokumentácie je vizitkou kvalifikovaného odborníka, naopak nedbale vedená a neúplná dokumentácia často skrýva i širšie problémy praxe určitého jednotlivca alebo ZZ (Kozierová, Erbová, Oliverová, 1991).

Neexistuje metóda ani šablóna pre vedení ošetrovateľskej dokumentácie. Najlepší ošetrovateľská dokumentácia je taková, ktorá vzniká na základe konzultácií a diskusií, ktoré probíhajú na miestnej úrovni medzi všetkými členmi viacodborového zdravotníckeho tímu i s pacientom/klientom (Kozierová, Erbová, Oliverová, 1991).

Ošetrovateľská dokumentácia je neoceniteľný spôsob podpory komunikácie v rámci zdravotníckeho tímu a medzi zdravotníckymi pracovníkmi a ich pacientmi/klientmi. Dobře vedená ošetrovateľská dokumentácia je teda zároveň produktom dobrej tímovej práce i dôležitým nástrojom zvyšovania kvality zdravotníckej starostlivosti (Kozierová, Erbová, Oliverová, 1991).

V súčasnej dobe sa používa ve ZZ niekoľko typov dokumentácie. Kvalitní dokumentácia je však podstatnou súčasťou ošetrovateľského procesu a v konečnom dôsledku je potrebná i z forenzných dôvodov (Kozierová, Erbová, Oliverová, 1991).

Ošetrovateľská dokumentácia slouží ako:

- zdroj informácií o potrebách jedinca, cieľoch ošetrovateľskej starostlivosti, o starostlivosti samotnej a jej výsledkoch,
- zaisťuje kontinuitu ošetrovateľskej starostlivosti, dáva chronologický prehľad o poskytovanej starostlivosti,
- umožňuje predávanie informácií o pacientovi,
- umožňuje hodnotiť účinnosť či neúčinnosť rôznych ošetrovateľských zásahov,
- je zdrojom hodnoverných informácií pre účely právneho vyšetrovania,
- poskytuje spoľahlivé údaje, ktoré môžu byť použité pre ošetrovateľský výskum,

- je důležitá pro kontrolu kvality ošetrovatelské péče,
- nástroj vzdělávání,
- jako zdroj spolehlivých dat, která mohou být použita pro ošetrovatelský výzkum, jenž přispívá k rozvoji teoretické základny ošetrovatelství.

Účelem ošetrovatelské dokumentace není prodlužovat čas, který sestra věnuje administrativní práci!

Aby byla ošetrovatelská dokumentace smysluplná, musí vyhovovat potřebám oddělení, být jednoduchá, dobře přístupná a sloužit jako informační zdroj všem, kteří poskytují nemocnému nejen ošetrovatelskou, ale celkovou zdravotní péči (Marečková, Přikrylová, Řehořová, 2003)

Základní ošetrovatelská dokumentace obsahuje tyto složky: (Marečková, Přikrylová, Řehořová, 2003)

- posouzení stavu individuálních potřeb (strukturované dle vhodného koncepčního modelu),
- individuální plán ošetrovatelské péče,
- dokumentování realizace ošetrovatelské péče,
- denní záznamy/hlášení sester,
- překladovou (viz. Příloha D) a propouštěcí zprávu.

## **6. Ošetrovateľské audity**

Pod pojmem ošetrovateľský audit si obecně predstavujeme proces vyhodnocování práce a výsledků práce nelékařských pracovníků. Zdravotnické audity dělíme na interní (prováděné v rámci oddělení, většinou kolegy) a externí (prováděné různými kontrolními orgány například během akreditačního řízení) (Škrla, 2003).

Je třeba si uvědomit, že bez sledování kvality péče, formou indikátorů kvality a auditů, nelze hovořit o kvalitě v kontextu moderního ošetrovateľství. Pochopení filozofie a metodologie ošetrovateľských auditů je tedy z perspektivy kvalitní ošetrovateľské péče opravdu důležité (Škrla, 2003).

Již v roce 1863 Florence Nightingale prohlásila, že zdravotnická dokumentace by měla ukázat pacientům jak bylo naloženo s jejich finančními prostředky, kolik dobrého za tyto finanční prostředky bylo vykonáno a zda tyto prostředky nepřinesly pro ně více škody než užitku. Florence Nightingale je zřejmě první sestrou, která vyjádřila výše uvedenými slovy pravý smysl ošetrovateľského auditu (Lemon 1, 1997).

Ošetrovateľský audit predstavuje systematické vyhodnocení ošetrovateľské praxe, v čemž pomáhá vyhodnocení ošetrovateľského procesu, který je zřejmý z dokumentace v chorobopisu propuštěných pacientů (Škrla, 2003).

Ošetrovateľský audit je založen na profesionálních standardech a má za úkol zjistit, jak dalece se ošetrovateľský proces těmito standardy řídí nebo se s nimi slučuje.

Předpokládá se, že cílem auditu je zlepšení kvality ošetrovateľské péče a práce. Evaluační – vyhodnocení, nebo audit, jsou součástí profesionální zodpovědnosti. Sestry zodpovídají nejen samy sobě, pacientům a jejich rodinám, lékařům a ostatním členům léčebného týmu, ZZ, ve kterém pracují, ale také svojí profesi a tím celé společnosti (Škrla, 2003).

### **6.1 Metody ošetrovateľského auditu**

Kromě hodnocení dodržování standardů je monitorována a hodnocena celková kvalita ošetrovateľského péče pomocí následujících metod (Jarošová, 2000):

- pozorování sestry při práci,
- kontrola ošetrovatelské dokumentace,
- sběr statistických údajů,
- dotazování pacientů. Kteří využívají ošetrovatelských služeb,
- zjišťování, jak je péče hodnocena spolupracovníky,
- zjišťování, jak sestra hodnotí nemocné a službu,
- sledování, jak si sestry předávají nemocné a službu,
- měření účinnosti péče,
- zjišťování, jak hodnotí péči někdo zvenčí,
- provádění inspekční kontroly (zástupci ministerstva zdravotnictví).

Audit jako proces má následující důležité kroky:

- volba členů auditorského týmu,
- určení předmětu auditu, který musí být důležitý, relevantní a měřitelný (hodnota/čas),
- výběr metody (kriticky vyhodnotit současný technický stav nebo výkonnost),
- adoptování existujících nebo vytvoření nových kritérií/indikátorů,
- sběr a analýza dat (většinou retrospektivně),
- vyhodnocení a sepsání nálezu,
- doporučení ke změně.

Typem auditů mohou být klinicko-patologické konference, peer-reviews (audity prováděné kolegy), cílené konference nebo porady, sledování, různé typy dotazníků, strukturované rozhovory nebo formuláře (Škrla, 2003).

Proces změn je aktuální téma v českém ošetrovatelství. Potřebné změny je vždy nutno vnímat z hlediska zájmů pacienta, zájmů oddělení/nemocnice a zájmů ošetrovatelství jako takového (Škrla, 2003).

Z perspektivy auditů je třeba si připomenout, že pro oddělení, které nechce nebo neumí pružně reagovat na problémy identifikované auditem, ošetrovatelský audit nemá velkou hodnotu (Škrla, 2003).

Schopnost a ochota oddělení realizovat rychle a efektivně potřebné změny, které vzešly z auditu, jsou jednou z hlavních podmínek poskytování kvalitní ošetrovatelské péče (Škrla, 2003).

## **7. Řízení kvality péče v Ústřední vojenské nemocnici Praha**

V roce 2004 obdržela ÚVN Praha jako první nemocnice ve střední a východní Evropě mezinárodní akreditaci JCI (Joint Commission International), a je tak nemocnicí s maximální možnou kvalitou péče a bezpečím pro pacienty. V listopadu 2007 ÚVN obhájila statut akreditované nemocnice a v roce 2012 bude opět usilovat o získání certifikátu JCI (Hlavičková, 2011).

Ministerstvo obrany (dále jen MO) obecně odpovídá za zvyšování kvality a za bezpečí pacientů ÚVN Praha.

V souladu s výkonem pravomocí MO schvaluje obecné cíle kontinuálního řízení kvality v rámci ÚVN.

MO deleguje řízení kvality v ÚVN na ředitele ÚVN a její vedení.

**Tým kvality péče je poradním orgánem ředitele ÚVN:**

- stanoví priority ÚVN v oblasti zvyšování kvality a bezpečí pacientů,
- navrhuje opatření ke zlepšení poskytovaných služeb a činností v nemocnici,
- zprostředkovává vzájemnou komunikaci mezi jednotlivými pracovišti nemocnice při řešení problematiky zvyšování kvality,
- metodicky řídí vzdělávání v oblasti řízení kvality péče,
- sleduje data sbíraná v oblasti kvality péče, analyzuje je a posuzuje, zda jsou důkazem trvale probíhajícího zlepšování kvality péče.

**Komise pro strategický rozvoj**

Komise pro strategický rozvoj je ustanovena za účelem trvalého rozvoje strategického řízení ÚVN Praha, systematické aktualizace přijaté strategie, sledování a koordinace realizace strategických operací.

## **Bezpečnostní rada ÚVN**

Bezpečnostní rada ÚVN je kontrolním a poradním orgánem ředitele ÚVN, který koordinuje zpracování ročních plánů za jednotlivé oblasti bezpečnosti nemocničního prostředí vyplývající z Mezinárodních akreditačních standardů pro nemocnice (standard FMS). Vydává doporučení k aktualizaci směrnic ředitele ÚVN v oblastech bezpečnosti nemocničního prostředí a kontroluje realizaci programu k zajištění spolehlivého a bezpečného prostředí. Odborně pomáhá jednotlivým pracovištím s odstraňováním konkrétních nedostatků v oblastech bezpečnosti nemocničního prostředí.

### **Náměstek ředitele pro léčebnou a preventivní péči koordinuje tyto týmy:**

- Tým pro kontrolu nemocničních infekcí - odpovídá za koordinační a koncepční činnost v oblasti sledování nemocničních nákaz v ÚVN Praha,
- Nutriční tým - garantuje odbornou a praktickou stránku zajišťování systému nutriční péče v ÚVN Praha,
- Podiatrický tým - garantuje odbornou a praktickou stránku zajišťování péče o pacienty se syndromem diabetické nohy v ÚVN Praha,
- Léková komise - je poradním orgánem pro otázky lékové politiky. Přípravuje podklady pro rozhodování vedení nemocnice v oblastech doporučení medikace, rizikových léčiv a antibiotické politiky.

### **Náměstkyně ředitele pro nelékařské zdravotnické profese koordinuje níže uvedené pracovní týmy:**

- Skupina kvality ošetrovatelské péče,
- Skupina pro sledování výskytu pádů,
- Skupina sledování výskytu dekubitů,
- Skupina pro bazální stimulaci,
- Tým výzkumu a vývoje v ošetrovatelství,
- Tým pro výuku a vzdělávání nelékařských profesí,

- Tým auditorů kvality ošetrovatelské péče,
- Tým edukačních specialistů.

## **7.1 Edukace pacientů a jejich blízkých v ÚVN**

Bylo zmíněno, že zdravotnická dokumentace je důležitým prvkem, který určuje kvalitu péče. Kvalita péče je úroveň, na kterou se při poskytování zdravotnické péče v souladu s aktuálními odbornými poznatky zvýší pravděpodobnost dosažení stanovených cílů v oblasti zdravotního stavu jednotlivce či populace. Ovšem kvalita, která se neměří, neexistuje. K jejímu měření nám slouží různé nástroje. Proto se dnes zdravotní péče standardizuje (Hlavičková, 2011).

Edukace pacientů a jejich blízkých je nástrojem zajištění jejich lepší účasti na procesu poskytování zdravotní péče a především jim umožňuje kvalifikovaně se rozhodovat. V nemocnici se na edukaci pacientů a jejich blízkých podílí řada pracovníků. K edukaci dochází při kontaktu pacienta s jeho lékařem či s příslušným ošetrovatelským personálem. Ostatní pracovníci pacienty edukují v rámci poskytování specifických druhů zdravotní péče – například fyzioterapie, nutriční péče, příprava pacienta na propuštění či na ambulantní sledování. Protože se na edukaci pacientů a jejich blízkých podílejí různí pracovníci, je důležité koordinovat jejich aktivity a zaměřit se na ty oblasti, které by pacient měl zvládnout (Hlavičková, 2011).

Nemocnice edukuje pacienty a jejich blízké s cílem poskytnout jim znalosti a dovednosti nutné pro zapojení se do procesu poskytování zdravotní péče a do rozhodování spojených s jejím poskytováním. V souladu s posláním nemocnice, spektrem poskytované péče a charakteristikou spádového území začlení každá nemocnice proces edukace do veškerých postupů při poskytování zdravotní péče (Hlavičková, 2011).

Při edukaci pacientů spolupracují zdravotničtí pracovníci různých odborností. Spolupracují lépe, pokud jsou navzájem seznámeni s tím, jaké informace byly pacientovi poskytnuty. Vzájemná spolupráce přispívá k tomu, že data předaná pacientům a jejich blízkým jsou srozumitelná, nejsou ve vzájemném rozporu a jsou poskytnuta co možná nejúčinnějším způsobem (Hlavičková, 2011).



Zdroje informací pro hodnocení je získáváno pomocí sledování indikátorů kvality (viz. Příloha E), kontrolní činností, průzkumem spokojenosti pacientů, hlášením nežádoucích událostí. Kvantitativní hodnocení edukační činnosti edukačních specialistů probíhá v nemocnici kvartálně a celoročně. Porovnání činností v jednotlivých oblastech edukace specialisty v letech 2009 až 2010 je znázorněno v následující tabulce (Hlavičková, 2011).

<b>Oblast edukace</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Diabetologická péče	585	472
Podiatrická péče	944	1109
Nutriční péče	3631	5178
Stomie	1332	1797
Inkontinence	160	176
prevence ICHS	45	174
Fyzioterapie a kompenzační pomůcky	5784	7153
Psychosociální rehabilitace	1553	1880
Psychologická péče	207	352
Závislosti	184	109
Perioperační péče	3135	70033
Duchovní služby	194	513
Sociální péče	1053	2315
Péče o handicapované	21	0
Dentální hygiena	2173	2057
Farmaceutická péče	223	179
Anesteziologická péče	8092	389
Multikulturní ošetřování	0	0

Z uvedených údajů vyplývá, že zvýšenou pozornost v následujícím období chceme věnovat edukační činnosti, která nebyla dříve statisticky sledována, a to činnosti v oblasti multikulturního ošetřování (Hlavičková, 2011).

V některých oblastech byl snížen či zvýšen počet edukací podle počtu pracovníků, kteří se v jednotlivých oblastech speciální edukační činnosti věnují. Dochází i k průběžným změnám ve složení Týmu edukačních specialistů a jejich garantů, což se někdy nepříznivě promítá do výsledků činnosti. (Hlavičková, 2011).

## 7.2 Kvalita očima pacientů v ÚVN

Projekt Kvalita očima pacientů je v souladu s požadavkem evropské unie zavádět systém kontinuálního rozvoje kvality a standardy Ministerstva zdravotnictví ČR. Šetření probíhá v nemocnici najatou firmou opakovaně, a tudíž mohou být výsledky průběžně vyhodnocovány. Výsledky jsou také vyvěšeny na stránkách Ministerstva zdravotnictví ČR, kde jsou porovnávána jednotlivá ZZ (Hlavičková, 2011).

Ve vzorku pacientů byla rovnoměrně zastoupena obě dvě pohlaví. Převahu měli pacienti ve věku nad 51let, středoškoláci a vysokoškoláci. Plánované přijetí k hospitalizaci výrazně převažuje nad urgentním příjmem. Pacienti na přijetí nečekali déle než měsíc, přitom 17% pacientů bylo přijato bez čekání.

Výzkum prokázal, že kvalita péče v ÚVN si díky mírnému růstu udržuje nadále vysokou úroveň. Souhrnná spokojenost za celou nemocnici činí 83,9% a zůstává celým intervalem spolehlivosti nad hranicí dobrého standardu (80%). Vysoká celková spokojenost je podpořena tím, že naprostá většina pacientů by ÚVN doporučila svým přátelům nebo rodině. Rovněž při odchodu z nemocnice jsou pacienti spokojeni se svým zdravotním stavem. Více jak 4/5 pacientů považují svůj zdravotní stav za lepší, zhruba 15% jej pak pokládá za stejný a jen 2,5% za horší ve srovnání se stavem při přijetí. Spokojenost pacientů s nemocniční péčí se projevuje i v poznámkách, které pacienti uváděli na konci dotazníku. Většina z těchto připomínek byla buď pochvalných, nebo děkovných.

Vysoká míra spokojenosti s nemocniční péčí je odrazem spokojenosti v jednotlivých dimenzích podílejících se na souhrnné spokojenosti. U 7 z 8 sledovaných dimenzí převyšuje spokojenost hranici 80%. Dimenze představují tématicky definované oblasti péče o pacienta sycené jednotlivými indikátory (otázkami). Spokojenost pacientů s poskytovanou péčí v jednotlivých dimenzích vyjadřuje, na kolik procent byl pacient během svého pobytu spokojen s poskytnutou péčí, a to ve vybraných indikátorech, které sytí jednotlivé dimenze. Vůbec nejvyšší spokojenost je s dimenzemi zapojení rodiny a propuštěním z nemocnice a pokračováním péče. Naopak mírně nižší spokojenost oproti průměru (celkově se však jedná o vysokou spokojenost) vyjadřují pacienti s citovou oporou a tělesným pohodlím.

## **II. EMPIRICKÁ ČÁST**

### **8. Cíle práce**

1. Zjistit a vyhodnotit úroveň spokojenosti s ošetrovatelskou péčí u hospitalizovaných pacientů ÚVN Praha.

2. Komparace výsledků šetření, s výsledky již proběhlých výzkumů v ÚVN Praha, se zaměřením na hodnocení kvality zdravotní péče.

### **9. Hypotézy výzkumného šetření**

H1 – Předpokládám, že dotazovaní pacienti nejsou spokojeni s poskytováním informací o průběhu ošetrovatelské péče během hospitalizace.

H2 – Domnívám se, že pacienti jsou nespokojeni s dobou ranního buzení.

H3 – Očekávám, že jsou pacienti dostatečně edukováni o průběhu propuštění a následné péči.

### **10. Charakteristika respondentů**

Dotazníky rozdávaly sestry pacientům Kardiologického oddělení Interní kliniky 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a ÚVN Praha v den jejich propuštění. Z navrácených dotazníků vyplynulo, že podle pohlaví bylo více mužů (64,04 %) – viz. grafické znázornění na straně 39, tabulka č. 2, graf č. 2, podle nejvyššího dosaženého vzdělání bylo více středoškoláků (55,06 %) - viz. grafické znázornění na straně 40, tabulka č. 3, graf č. 3 a nejvíce byla zastoupena věková kategorie nad 66 let (65,17 %) - viz. grafické znázornění na straně 41, tabulka č. 4, graf č. 4.

## **11. Použitá metodika**

Jako metodu sběru dat k mé bakalářské práci jsme si zvolili anonymní dotazník. Ten jsme modifikovali podle dotazníku firmy STEM/MARK 2009, RNDr. Tomáše Raitera. Otázky jsou postavené na téma naší bakalářské práce, prioritně se zaměříme na uvedené hypotézy.

Dotazníkovému šetření předcházela pilotní studie na vybraném pracovišti. Zúčastnili se jí klienti/pacienti kardiologického oddělení Interní kliniky 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a ÚVN Praha. Počet dotazovaných pacientů bylo 10 s návratností 90%, (9 dotazníků). Položky dotazníku se neupravovaly, protože pilotní šetření prokázalo vhodnost formulace všech položek dotazníku.

Na výzkumném šetření pomocí dotazníku se podíleli klienti/pacienti kardiologického oddělení Interní kliniky 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a ÚVN Praha. Šetření se účastnilo 100 pacientů. Návratnost dotazníkového šetření byla 89%, 89 dotazníků.

Sestavený dotazník byl rozdělen do několika kategorií. První kategorie byla zaměřena na socio – demografickou charakteristiku (otázka 2 – 4), druhá kategorie na vlastní přijetí do zařízení (otázka 5 – 7), třetí kategorie na pobyt v zařízení (otázka 8 – 10), čtvrtá kategorie na chování – jednání zdravotních sester (otázka 11 – 14), pátá kategorie na zdravotní péči (otázka 15 – 17) a šestá kategorie na propuštění ze zařízení (otázka 18 – 21). Na otázky respondenti odpovídali zaškrtnutím předem strategicky připravených odpovědí. Velkou výhodou dotazníkového šetření je rychlé shromáždění dat od velkého počtu respondentů a úplnou anonymitou respondentů. Otázek bylo tedy celkem 21 s možností dopsání připomínek. V prostoru pro připomínky byly z větší části děkovné oznámení s pozitivním hodnocením zdravotnického personálu.

## **12. Realizace výzkumného šetření**

Před realizací průzkumu byla požádána náměstkyně ředitele pro nelékařské zdravotnické profese Mgr. Lenku Gutovou, MBA o povolení dotazníkového šetření v ÚVN Praha. Dotazníkové šetření jsme realizovali v měsíci listopadu a prosinci 2010, kdy jsme rozdistribuovali dotazníky na Kardiologické oddělení Interní kliniky 1.

Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a ÚVN Praha. Před rozdáváním dotazníků jsem požádal staniční sestru výše zmíněného pracoviště o spolupráci. Poučená staniční sestra dávala k vyplnění dotazníky pacientům v den propuštění z hospitalizace. Celkem jsem poskytl 100 dotazníků s návratností 89 dotazníků.

### **13. Zpracování výsledku šetření**

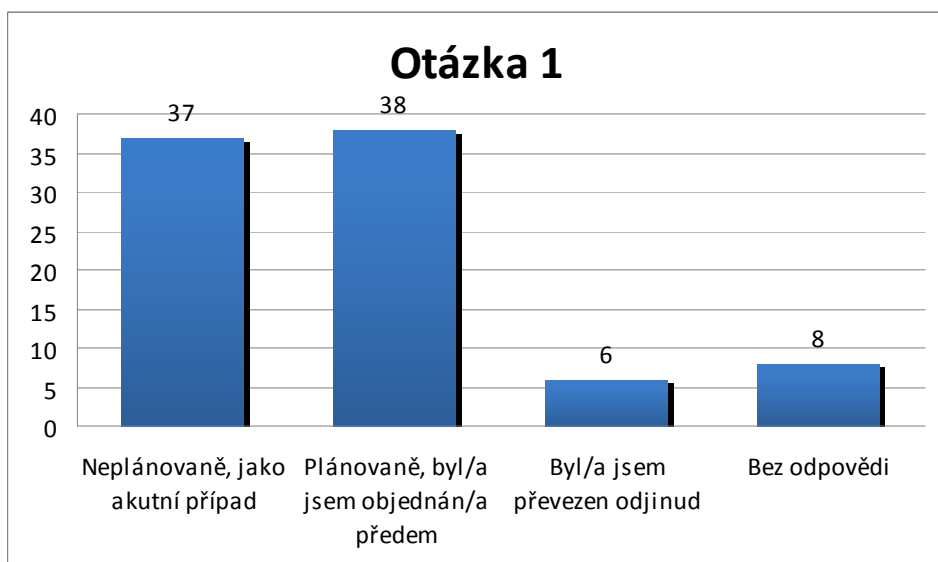
Navracené dotazníky byly vyhodnoceny a zpracovány v tabulkovém procesoru Microsoft Office. Byly vypočítány absolutní a relativní četnosti sledovaných údajů. Relativní četnost je uvedena v procentech a udává, jak velká část připadá na danou hodnotu. Absolutní četnost ukazuje počet odpovědí. Ty pak byly dále zpracovány graficky.

## 14. Výsledky průzkumu

Otázka č. 1: Byl/a jste v tomto zařízení, kde právě ležíte hospitalizován/a plánovaně nebo jako akutní případ?

Tabulka č. 1 Hospitalizace plánovaná nebo akutní

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Neplánovaně, jako akutní případ	37	41,57%
Plánovaně, byl/a jsem objedнан/a předem	38	42,70%
Byl/a jsem převezen odjinud	6	6,74%
Bez odpovědi	8	8,99%
Celkový součet	89	100,00%



Graf č. 1 Hospitalizace plánovaná nebo akutní

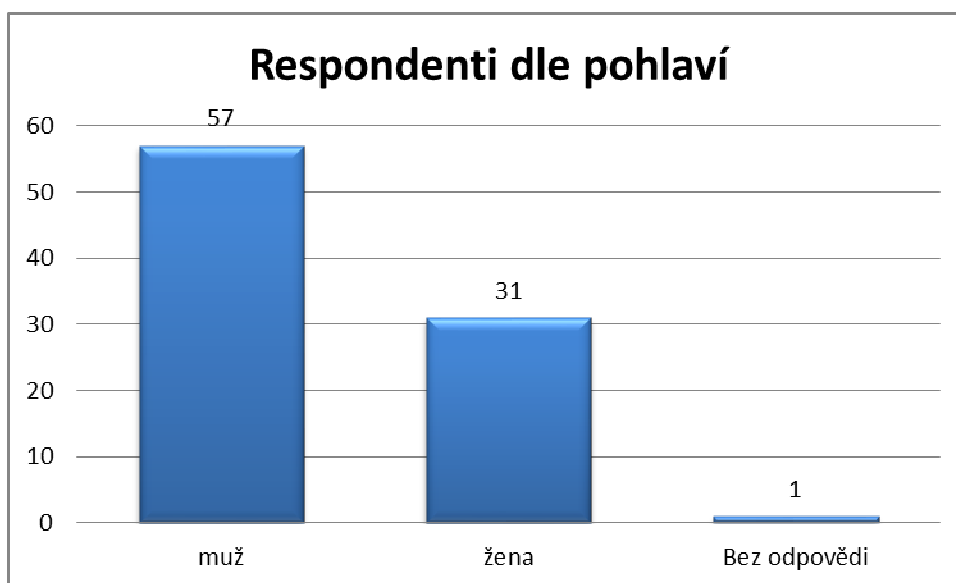
Uvedená tabulka s grafem ukazuje, že z celkového počtu respondentů bylo přijato akutně 37 (41,57 %), plánovaně 38 (42,70 %), převezeno odjinud 6 (6,74 %) a neodpovědělo 8 (8,99 %).

## SOCIO – DEMOGRAFICKÉ CHARAKTERISTIKY

Otázka č. 2: Pohlaví:

Tabulka č. 2 Pohlaví

	Absolutní četnost	Relativní četnost
muž	57	64,04%
žena	31	34,83%
Bez odpovědi	1	1,12%
Celkem	89	100,00%



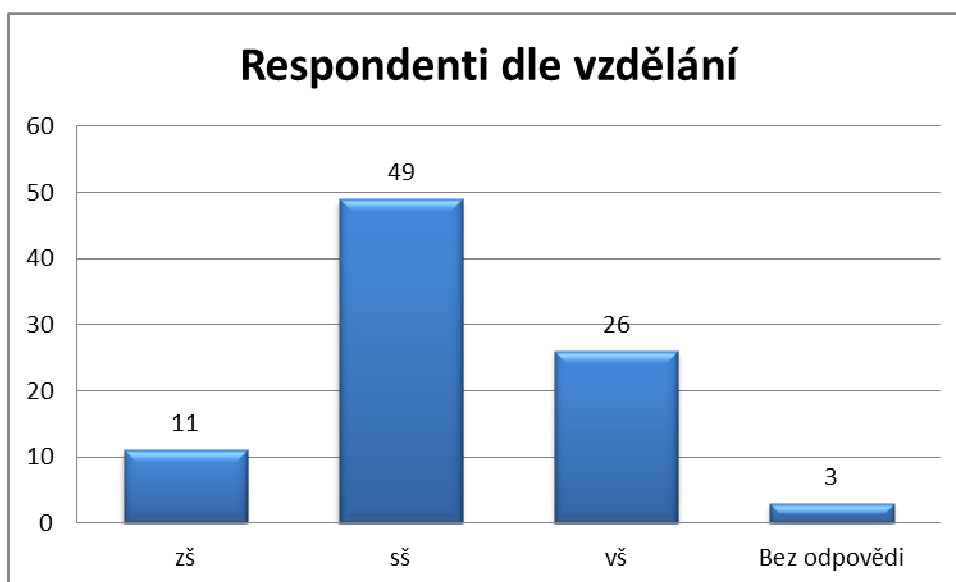
Graf č. 2 Pohlaví

Druhá otázka byla zaměřena na zjištění pohlaví respondentů. Ze sledovaného vzorku respondentů bylo 57 mužů (64,04 %) a 31 žen (34,83 %). U jednoho dotazníku nebyla zaškrtnuta odpověď (1,12 %).

Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání

	Absolutní četnost	Relativní četnost
zš	11	12,36%
sš	49	55,06%
vš	26	29,21%
Bez odpovědi	3	3,37%
Celkem	89	100,00%



Graf č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání

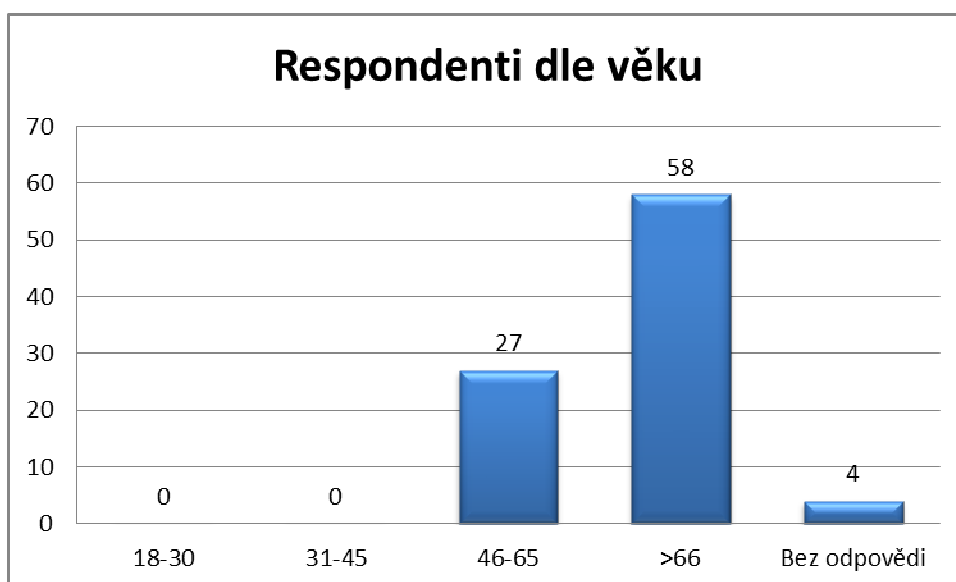
Třetí otázka byla zaměřena na vzdělání respondentů. Na dotaz jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání, odpovědělo 11 respondentů základní (12,36 %), 49 středoškolské (55,06 %), 26 vysokoškolské (29,21 %) a 3 respondenti neodpověděli (3,37 %). Z uvedeného vyplývá, že největší zastoupení respondentů je z řad středoškolsky vzdělaných.



#### Otázka č. 4: Vaše věkové rozmezí?

Tabulka č. 4 Věkové rozmezí

	Absolutní četnost	Relativní četnost
18-30	0	0,00%
31-45	0	0,00%
46-65	27	30,34%
>66	58	65,17%
Bez odpovědi	4	4,49%
Celkem	89	100,00%



Graf č. 4 Věkové rozmezí

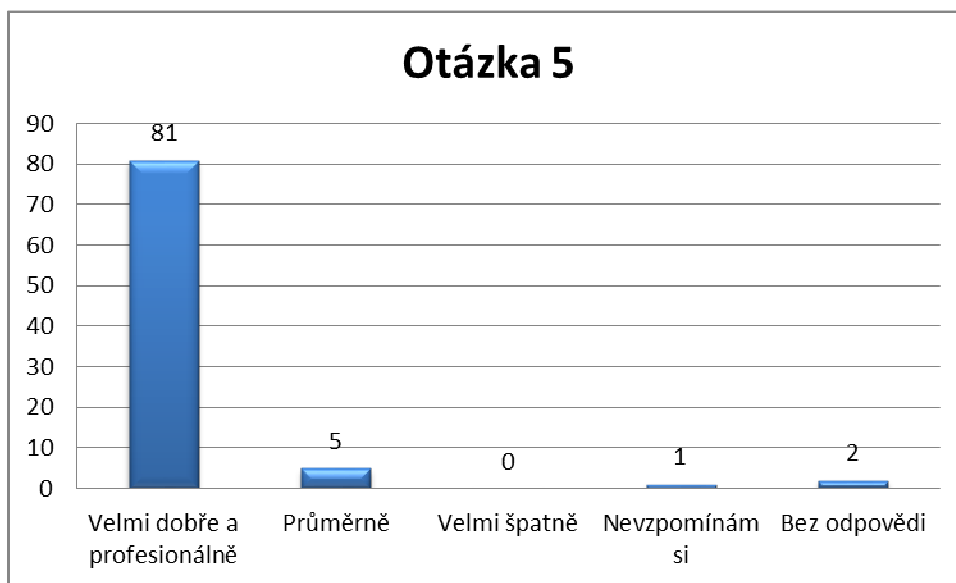
Čtvrtá otázka se týkala věku respondentů. V odpovědích byly zvoleny věkové skupiny v rozmezí 18 - 30 let, 31 – 45 let, 46 – 65 let, 66 a více let. Z odpovědí respondentů bylo zjištěno, že ve vzorku zkoumání bylo 27 respondentů ve věku 46 - 65 (30,34 %), 58 respondentů ve věku 66 a více let (65,17 %) a 4 respondenti neodpověděli (4,49 %). Věkové rozmezí 18 - 30 let a 31 – 45 let nemělo žádného zástupce z dotázaných respondentů. Z uvedeného výzkumu vyplývá, že většina respondentů jsou staří lidé nad 66 let věku.

## JAK PROBÍHALO VLASTNÍ PŘIJETÍ DO ZAŘÍZENÍ

Otázka č. 5: Jak na Vás působil první kontakt se zařízením (na pohotovosti, na příjmu apod.)? Zapůsobil na mně:

Tabulka č. 5 První kontakt se zařízením

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi dobře a profesionálně	81	91,01%
Průměrně	5	5,62%
Velmi špatně	0	0,00%
Nevzpomínám si	1	1,12%
Bez odpovědi	2	2,25%
Celkový součet	89	100,00%



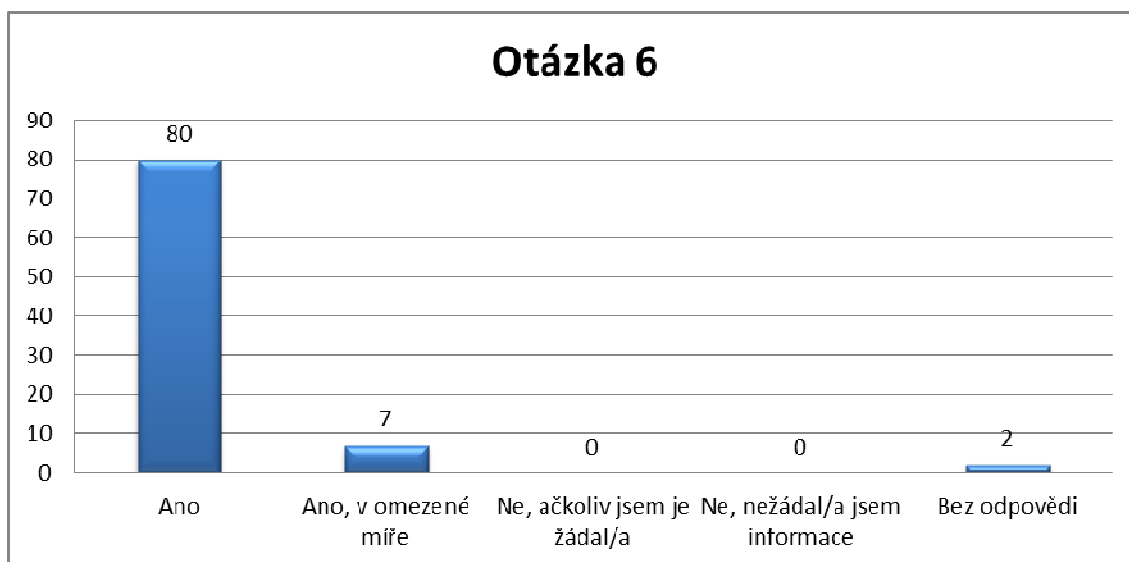
Graf č. 5 První kontakt se zařízením

Pátá otázka se týkala prvního kontaktu se zařízením, jak zapůsobilo zařízení na respondenta. Odpovědělo 81 respondentů na velmi dobrý a profesionální přístup (91,01 %), 5 respondentů na průměrný přístup (5,62 %), 1 respondent si nevzpomíná (1,12 %) a 2 respondenti neodpověděli (2,25 %). Žádný z respondentů se nesetkal s velmi špatným přístupem v zařízení.

Otázka č. 6: Dostal/a jste během přijetí dostatek informací o svém zdravotním stavu a dalším průběhu Vaší léčby?

Tabulka č. 6 Informace o svém zdravotním stavu

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	80	89,89%
Ano, v omezené míře	7	7,87%
Ne, ačkoliv jsem je žádal/a	0	0,00%
Ne, nežádal/a jsem informace	0	0,00%
Bez odpovědi	2	2,25%
Celkový součet	89	100,00%



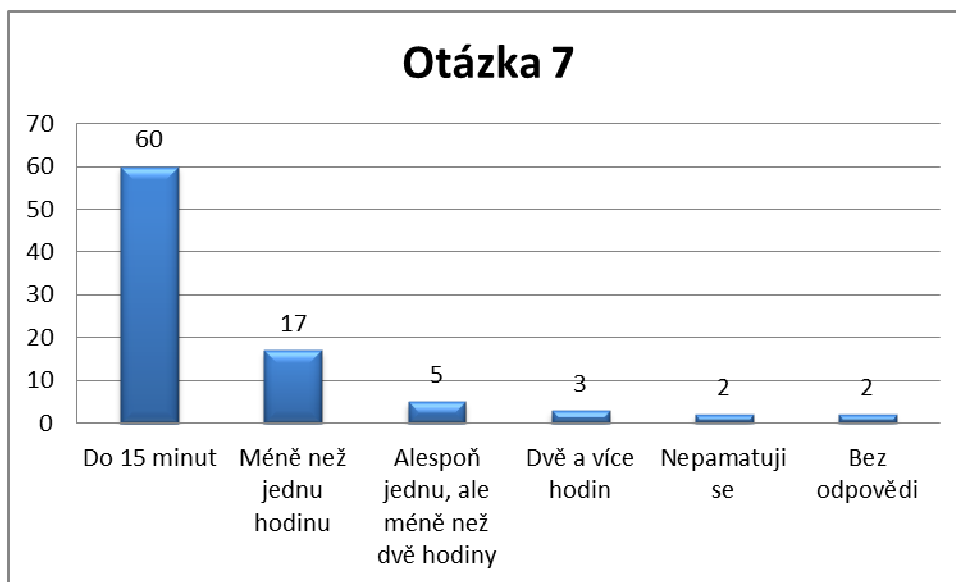
Graf č. 6 Informace o svém zdravotním stavu

Šestou otázkou se zjišťuje, zda respondenti dostali během přijetí dostatek informací o svém zdravotním stavu a dalším průběhu léčby. 80 respondentů odpovědělo ano (89,89 %), 7 respondentů ano, v omezené míře (7,87 %) a 2 respondenti neodpověděli (2,25 %). Nikdo z respondentů neodpověděl negativně. Je zde patrné, že informovanost respondentů v ÚVN je velmi vysoká.

Otázka č. 7: Jak dlouho jste při příjmu do zařízení čekal/a na uložení na lůžko?

Tabulka č. 7 Čekání na lůžko při příjmu

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 15 minut	60	67,42%
Méně než jednu hodinu	17	19,10%
Alespoň jednu, ale méně než dvě hodiny	5	5,62%
Dvě a více hodin	3	3,37%
Nepamatuji se	2	2,25%
Bez odpovědi	2	2,25%
Celkový součet	89	100,00%



Graf č. 7 Čekání na lůžko při příjmu

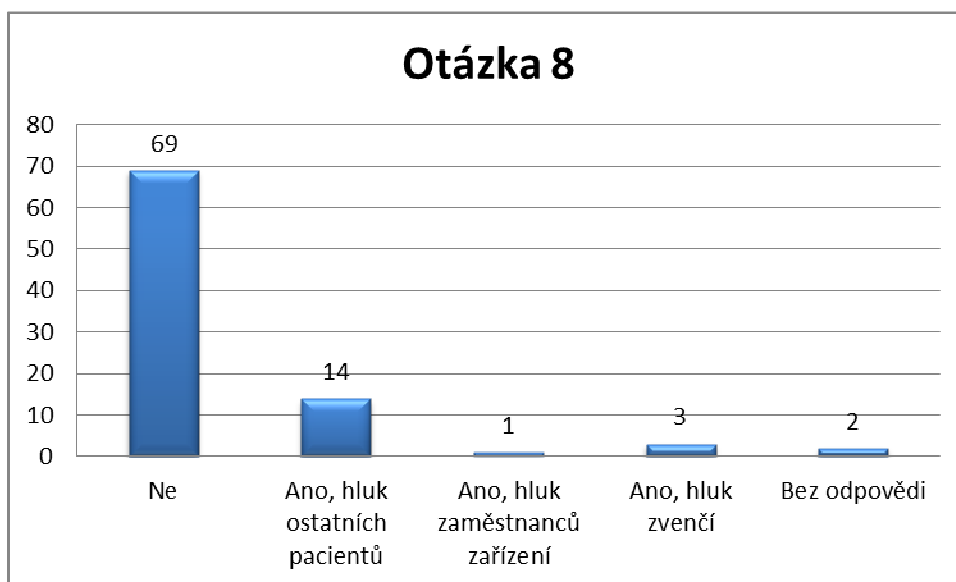
Sedmá otázka se zaměřuje na délku čekání při příjmu na uložení na lůžko. 60 respondentů odpovědělo, že čekalo do 15 minut (67,42 %), 17 respondentů méně než jednu hodinu (19,10 %), 5 respondentů alespoň jednu, ale méně než dvě hodiny (5,62 %), 3 respondenti dvě a více hodin (3,37 %), 2 respondenti si nepamatují (2,25 %) a 2 respondenti neodpověděli (2,25 %).

## POBYT V ZAŘÍZENÍ

Otázka č. 8: Rušil Vás v noci hluk?

Tabulka č. 8 Hluk v noci

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ne	69	77,53%
Ano, hluk ostatních pacientů	14	15,73%
Ano, hluk zaměstnanců zařízení	1	1,12%
Ano, hluk zvenčí	3	3,37%
Bez odpovědi	2	2,25%
Celkový součet	89	100,00%



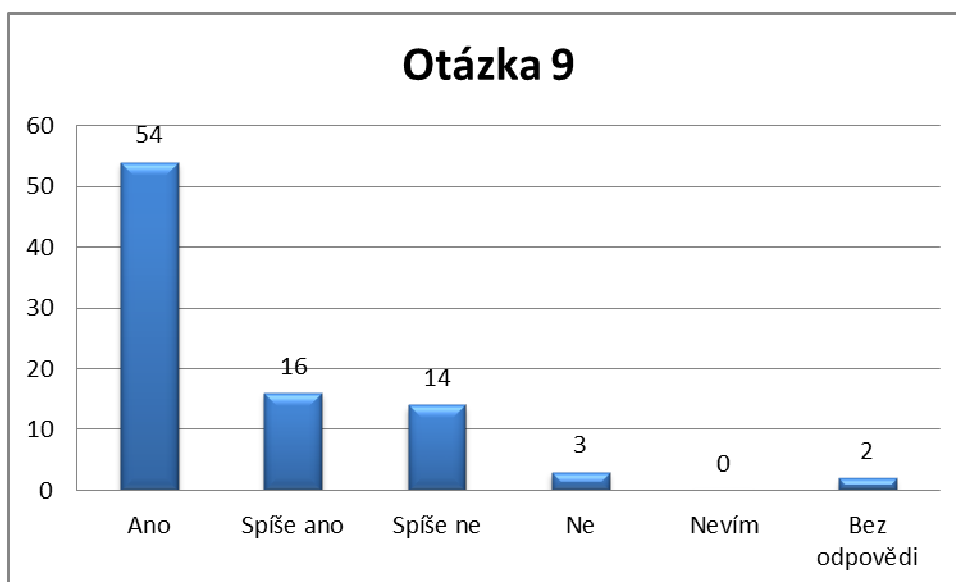
Graf č. 8 Hluk v noci

Na otázku, zda-li respondenty v noci rušil hluk, odpovědělo 69 respondentů, že žádný hluk nezaznamenali (77,53 %), 14 respondentů odpovědělo, že je rušil hluk ostatních pacientů (15,73 %), 1 respondent odpověděl, že zaznamenal hluk zaměstnanců zařízení (1,12 %), 3 respondenti uvedli, že je rušil hluk zvenčí (3,37 %) a 2 respondenti neodpověděli (2,25 %). Z této zkoumané otázky vyplývá, že většina respondentů není rušena žádnými vnějšími vlivy v noci.

### Otázka č. 9: Vyhovovala Vám doba ranního buzení?

Tabulka č. 9 Doba ranního buzení

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	54	60,67%
Spíše ano	16	17,98%
Spíše ne	14	15,73%
Ne	3	3,37%
Nevím	0	0,00%
Bez odpovědi	2	2,25%
Celkový součet	89	100,00%



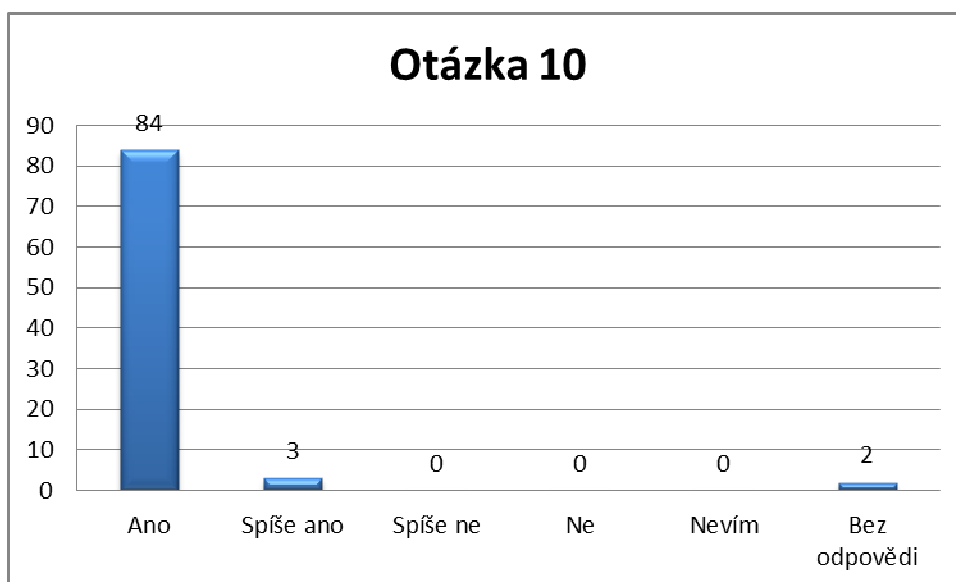
Graf č. 9 Doba ranního buzení

Devátá otázka byla strategicky zaměřena na spokojenost s dobou ranního buzení. 54 respondentů odpovědělo ano (60,67 %), 16 respondentů spíše ano (17,98 %), 14 respondentů spíše ne (15,73 %), 3 respondenti nebyli spokojeni (3,37 %) a 2 respondenti neodpověděli (2,25 %). Zde je patrné, že spokojenost v ÚVN s dobou ranního buzení není delší dobu na vysoké úrovni. Téměř stejný výsledek vyšel i v průzkumu Kvalita očima pacientů 2010.

Otázka č. 10: Jak jste byl/a spokojen/a s čistotou zdravotnického zařízení?

Tabulka č. 10 Spokojenost s čistotou

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	84	94,38%
Spíše ano	3	3,37%
Spíše ne	0	0,00%
Ne	0	0,00%
Nevím	0	0,00%
Bez odpovědi	2	2,25%
Celkový součet	89	100,00%



Graf č. 10 Spokojenost s čistotou

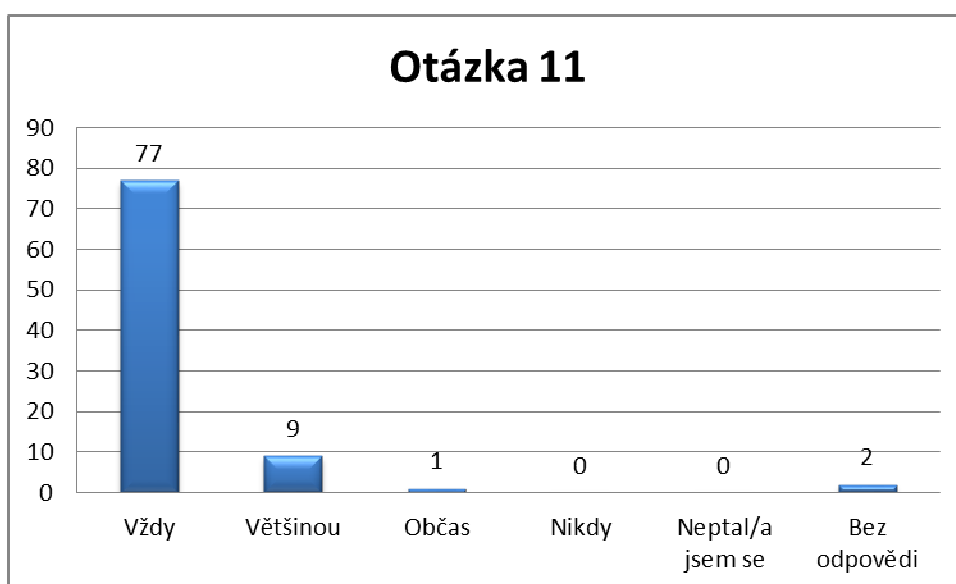
Desátá otázka byla zaměřena na spokojenost s čistotou zařízení. Ze sledovaného vzorku respondentů bylo 84 respondentů spokojeno (94,38 %), 3 spíše ano (3,37 %) a 2 respondenti neodpověděli (2,25 %). Nikdo z respondentů neodpověděl negativně. Opět je zde vysoké procento spokojenosti respondentů. Čistota zařízení je nedílnou součástí kvality péče v ÚVN.

## ZDRAVOTNÍ SESTRY

Otázka č. 11: Když jste položil/a zdravotní sestře důležitou otázku, dostal/a jste odpověď, které jste rozuměl/a?

Tabulka č. 11 Srozumitelná odpověď od sestry

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vždy	77	86,52%
Většinou	9	10,11%
Občas	1	1,12%
Nikdy	0	0,00%
Neptal/a jsem se	0	0,00%
Bez odpovědi	2	2,25%
Celkový součet	89	100,00%



Graf č. 11 Srozumitelná odpověď od sestry

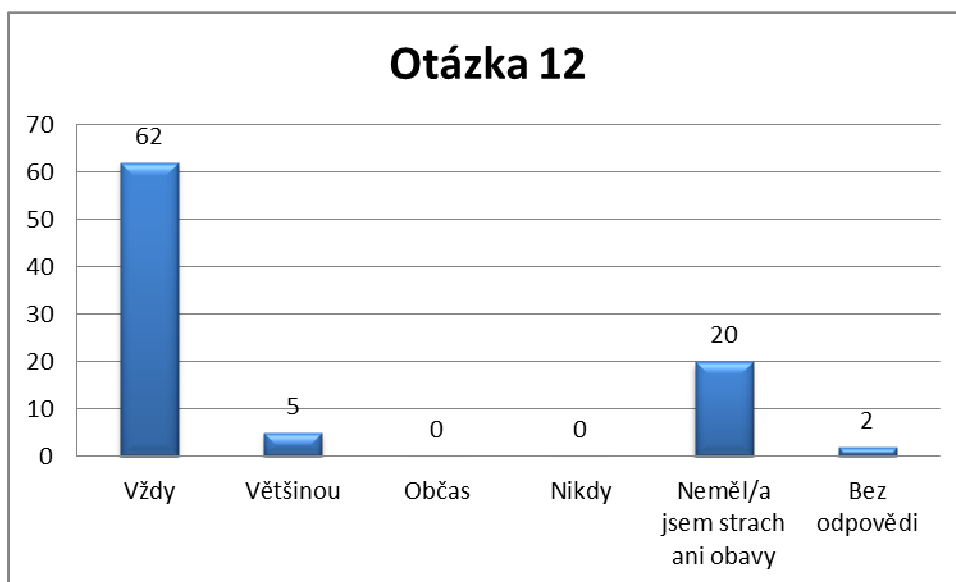
Jedenáctá otázka se zaměřuje na srozumitelnou odpověď od zdravotní sestry při podání otázky respondentem. Ze sledovaného vzorku respondentů dostalo 77 respondentů vždy srozumitelnou odpověď (86,52 %), 9 respondentů většinou (10,11 %), 1 respondent občas (1,12 %) a 2 respondenti neodpověděli. Tato otázka souvisí s kvalitou podané informace, kde je opět patrné vysoké procento kladných odpovědí respondentů.



Otázka č. 12: Pokud jste měl/a strach nebo obavy ze svého stavu nebo léčby, byla zdravotní sestra ochotna si s Vámi promluvit?

Tabulka č. 12 Ochota sestry si promluvit

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vždy	62	69,66%
Většinou	5	5,62%
Občas	0	0,00%
Nikdy	0	0,00%
Neměl/a jsem strach ani obavy	20	22,47%
Bez odpovědi	2	2,25%
Celkový součet	89	100,00%



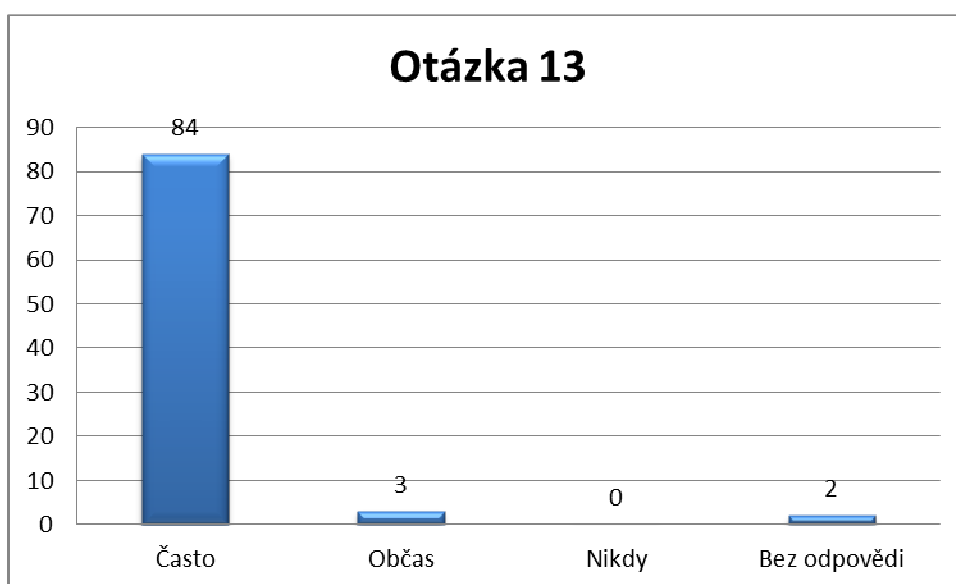
Graf č. 12 Ochota sestry si promluvit

Dvanáctá otázka byla zaměřena na ochotu zdravotní sestry si promluvit s respondentem pokud měl strach nebo obavy ze svého stavu - léčby. Ze sledovaného vzorku respondentů bylo 62 spokojeno vždy (69,66 %), 5 většinou (5,62 %), 20 respondentů nemělo strach ani obavy (22,47 %) a 2 respondenti neodpověděli (2,25 %). Ochota sester naslouchat a promluvit si s respondentem by měla být nedílnou součástí tohoto povolání a v ÚVN se toto jen potvrzuje.

Otázka č. 13: Chování sester vůči Vám a okolí bylo vždy profesionální?

Tabulka č. 13 Chování sester

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Často	84	94,38%
Občas	3	3,37%
Nikdy	0	0,00%
Bez odpovědi	2	2,25%
Celkový součet	89	100,00%



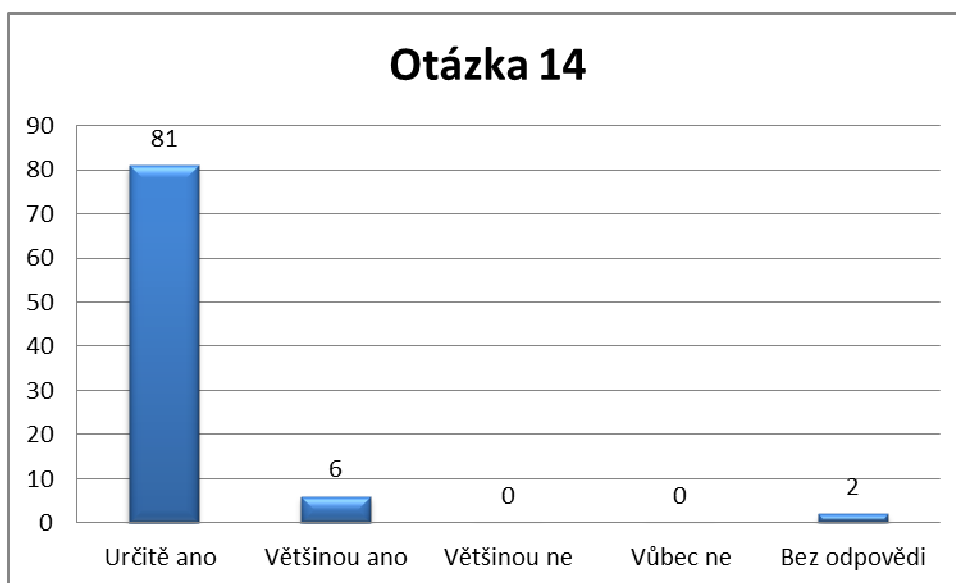
Graf č. 13 Chování sester

Třináctá otázka byla zaměřena na chování zdravotních sester vůči respondentovi a okolí. Ze sledovaného vzorku respondentů bylo 84 spokojeno s častým profesionálním přístupem sester (94,38 %), 3 občas (3,37 %) a 2 respondenti neodpověděli (2,25 %). Z výsledků tohoto šetření vyplývá, že profesionalita sester v tomto zdravotnickém zařízení je vysoká.

Otázka č. 14: Měl/a jste důvěru ke zdravotním sestrám, které Vás ošetřovaly?

Tabulka č. 14 Důvěra k sestrám

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	81	91,01%
Většinou ano	6	6,74%
Většinou ne	0	0,00%
Vůbec ne	0	0,00%
Bez odpovědi	2	2,25%
Celkový součet	89	100,00%



Graf č. 14 Důvěra k sestrám

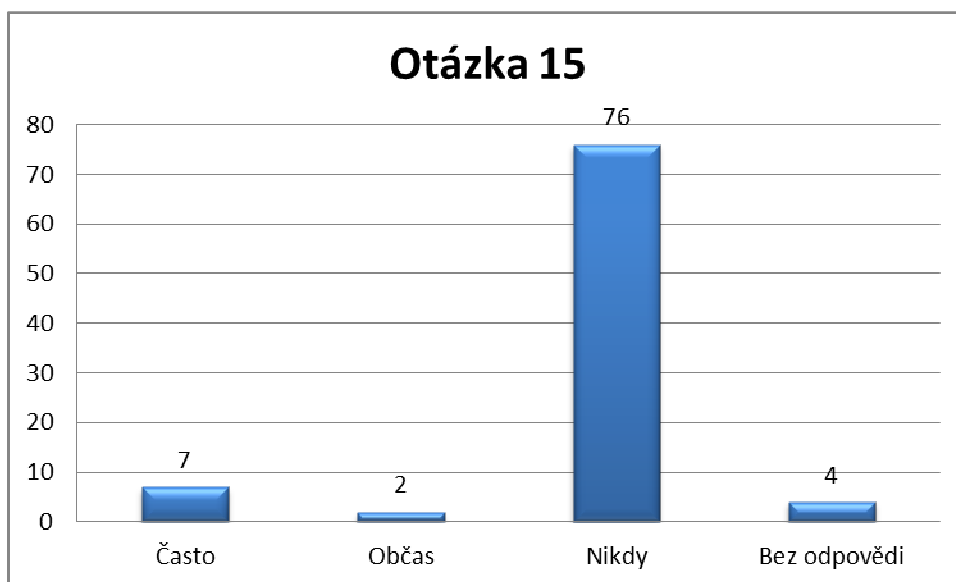
Čtrnáctá otázka byla zaměřena na důvěru ke zdravotním sestrám. Ze sledovaného vzorku respondentů mělo 81 maximální důvěru k sestrám (91,1 %), 6 respondentů většinou ano (6,74 %) a 2 respondenti neodpověděli (2,25 %). Z uvedeného vyplývá, že důvěra ke zdravotním sestrám v ÚVN je na velmi vysoké úrovni.

## ZDRAVOTNÍ PÉČE/LÉČBA

Otázka č. 15: Stalo se Vám, že jste dostal/a během pobytu v zařízení od zdravotnického personálu (lékařů, sester) protichůdné informace?

Tabulka č. 15 Protichůdné informace

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Často	7	7,87%
Občas	2	2,25%
Nikdy	76	85,39%
Bez odpovědi	4	4,49%
Celkový součet	89	100,00%



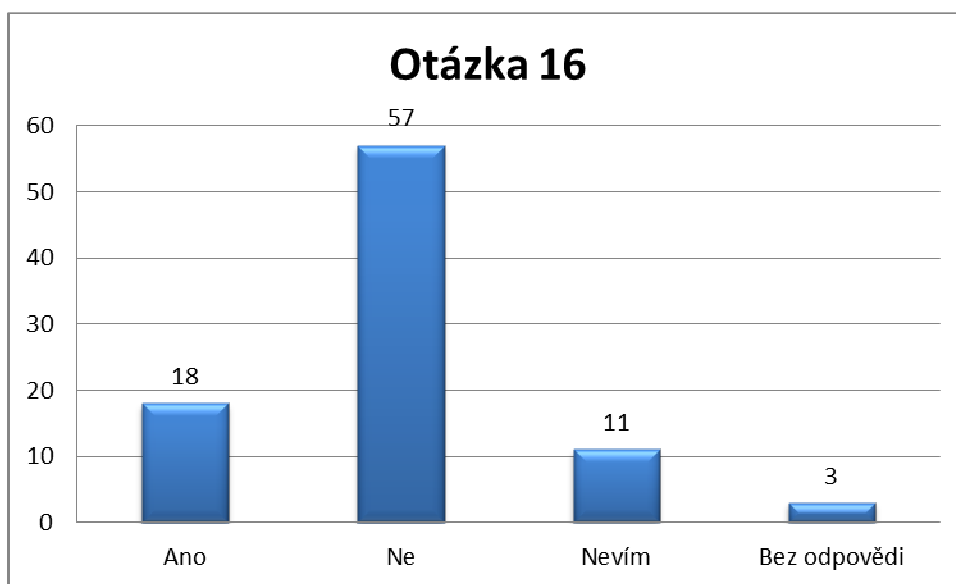
Graf č. 15 Protichůdné informace

Na otázku, jestli respondenti dostali během pobytu v zařízení od zdravotnického personálu protichůdné informace, odpovědělo 7 respondentů, že často (7,87 %), 2 respondenti občas, 76 respondentů nikdy (85,39 %) a 4 respondenti neodpověděli (4,49 %). Opět se zde prokazuje, že informování respondentů zdravotnickým personálem je kvalitní.

Otázka č. 16: Chtěl/a jste být více zapojen/a do rozhodování o své léčbě?

Tabulka č. 16 Rozhodování o léčbě

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	18	20,22%
Ne	57	64,04%
Nevím	11	12,36%
Bez odpovědi	3	3,37%
Celkový součet	89	100,00%



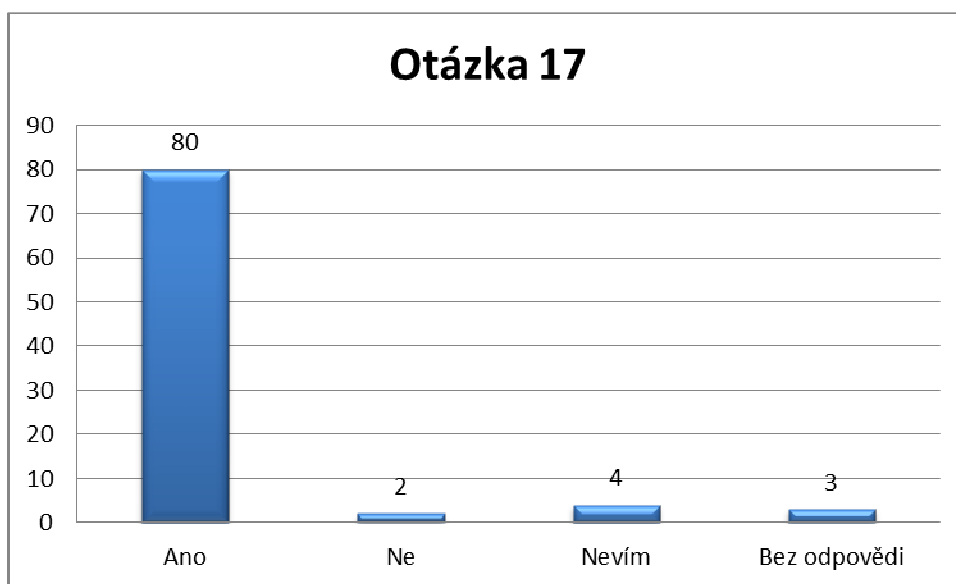
Graf č. 16 Rozhodování o léčbě

Šestnáctá otázka se dotazovala, zda respondent chtěl být více zapojen do rozhodování o své léčbě. 18 respondentů odpovědělo ano (20,22 %), 57 respondentů ne (64,04 %), 11 respondentů neví (12,36 %) a 3 respondenti neodpověděli (3,37 %).

Otázka č. 17: Byl/a jste seznámen/a s právy nemocného?

Tabulka č. 17 Práva pacientů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	80	89,89%
Ne	2	2,25%
Nevím	4	4,49%
Bez odpovědi	3	3,37%
Celkový součet	89	100,00%



Graf č. 17 Práva pacientů

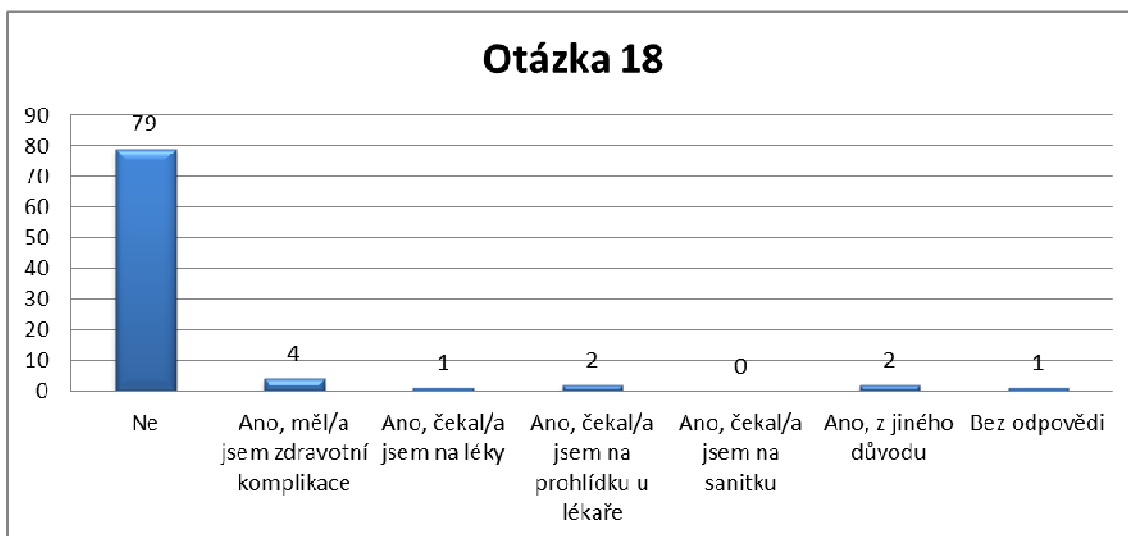
Sedmnáctá otázka se týkala seznámení respondentů s právy pacientů. 80 respondentů odpovědělo, že bylo seznámeno (89,89 %), 2 respondenti ne (2,25 %), 4 respondenti neví (4,49 %) a 3 respondenti neodpověděli (3,37 %). Je zde patrné, že poskytnutí informací o právech pacientů je v tomto zdravotnickém zařízení běžný proces, který má pozitivní vliv na pacientovu důvěru k tomuto zdravotnickému zařízení.

## PROPUŠTĚNÍ ZE ZAŘÍZENÍ

Otázka č. 18: Vyskytly se nějaké problémy, které způsobily odklad Vašeho propuštění ze zařízení?

Tabulka č. 18 Odklad propuštění ze zařízení

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ne	79	88,76%
Ano, měl/a jsem zdravotní komplikace	4	4,49%
Ano, čekal/a jsem na léky	1	1,12%
Ano, čekal/a jsem na prohlídku u lékaře	2	2,25%
Ano, čekal/a jsem na sanitku	0	0,00%
Ano, z jiného důvodu	2	2,25%
Bez odpovědi	1	1,12%
Celkový součet	89	100,00%



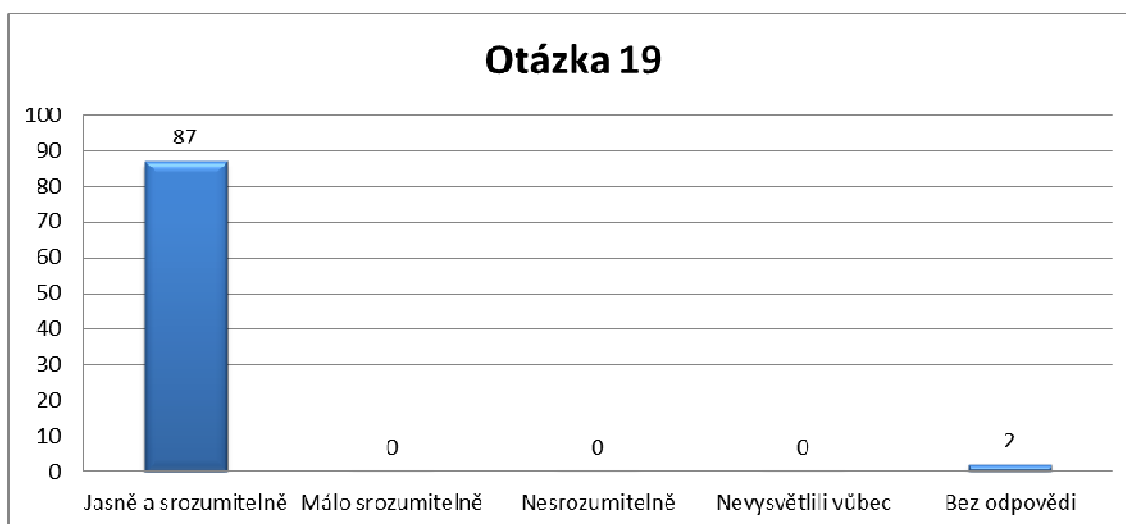
Graf č. 18 Odklad propuštění ze zařízení

Na otázku, zda se vyskytly nějaké problémy, které způsobily odklad propuštění ze zařízení, odpovědělo 79 respondentů ne (88,76 %), 4 respondenti ano, jelikož se vyskytly zdravotní komplikace (4,49 %), 1 respondent ano, čekal jsem na léky (1,12 %), 2 respondenti ano, čekali jsme na prohlídku u lékaře (2,25 %), 2 respondenti ano, z jiného důvodu (2,25 %) a 1 respondent neodpověděl (1,12 %). Prokazuje se, že propouštění pacientů ze zařízení je velmi dobře organizované.

Otázka č. 19: Vysvětlili Vám zdravotníci, jak o sebe máte pečovat a jak užívat léky po propuštění ze zařízení?

Tabulka č. 19 Informovanost pacienta při propuštění

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Jasně a srozumitelně	87	97,75%
Málo srozumitelně	0	0,00%
Nesrozumitelně	0	0,00%
Nevysvětlili vůbec	0	0,00%
Bez odpovědi	2	2,25%
Celkový součet	89	100,00%



Graf č. 19 Informovanost pacienta při propuštění

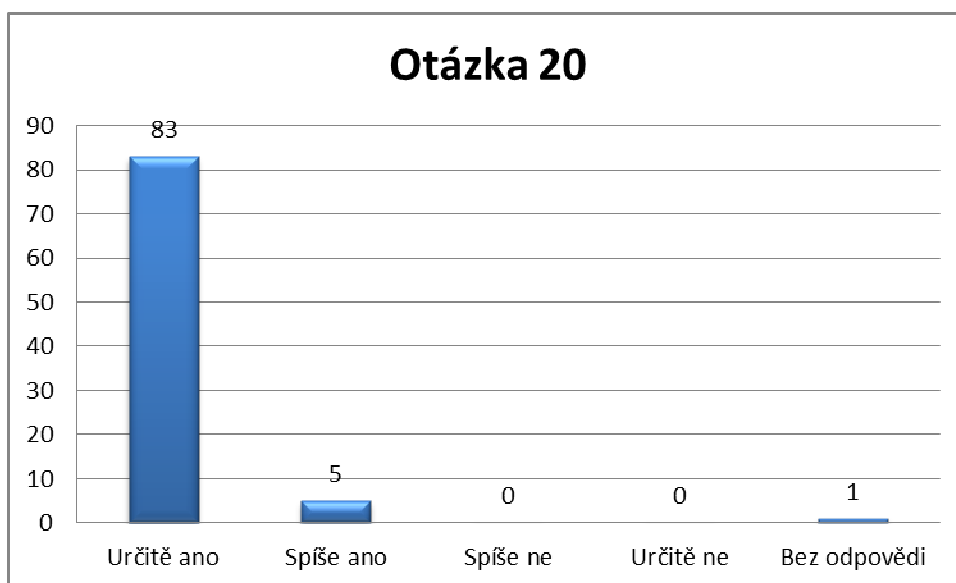
Na otázku, zda zdravotníci vysvětlili respondentům jak mají po propuštění o sebe pečovat a jak užívat léky, odpovědělo 87 respondentů, že informace dostaly jasně a srozumitelně (97,75 %) a 2 respondenti neodpověděli (2,25 %). Žádná z odpovědí nebyla negativní. Z uvedeného vyplývá, že informovanost pacientů při propouštění ze zařízení je téměř 100 %.



Otázka č. 20: Doporučil/a byste toto zdravotnické zařízení rodině nebo přátelům?

Tabulka č. 20 Doporučení zařízení rodině

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Určitě ano	83	93,26%
Spíše ano	5	5,62%
Spíše ne	0	0,00%
Určitě ne	0	0,00%
Bez odpovědi	1	1,12%
Celkový součet	89	100,00%



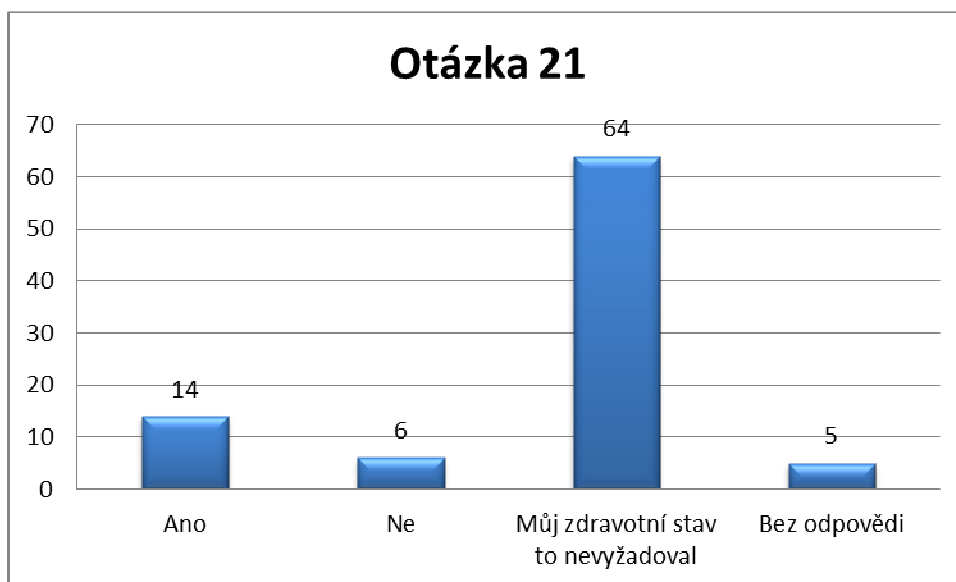
Graf č. 20 Doporučení zařízení rodině

Na otázku, zda by respondenti doporučili přátelům ÚVN Praha, odpovědělo 83 respondentů, že určitě ano (93,26 %), 5 respondentů spíše ano (5,62 %) a 1 respondent neodpověděl (1,12 %). To dokazuje, že úroveň kvality péče a důvěra v toto zdravotnické zařízení je vysoká.

Otázka č. 21: Nabídli Vám zdravotníci pomoc při zajišťování domácí péče po propuštění ze zařízení (např. pečovatelská služba, sociální pracovník apod.)?

Tabulka č. 21 Pomoc při zajištění následné péče

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	14	15,73%
Ne	6	6,74%
Můj zdravotní stav to nevyžadoval	64	71,91%
Bez odpovědi	5	5,62%
Celkový součet	89	100,00%



Graf č. 21 Pomoc při zajištění následné péče

Poslední otázka se týká pomoci respondentům při zajišťování domácí péče. 14 respondentů odpovědělo ano (15,73 %), 6 respondentů ne (6,74 %), u 64 respondentů to jejich zdravotní stav nevyžadoval (71,91 %) a 5 respondentů neodpovědělo (5,62 %). Dle mého očekávání je patrné, že respondenti jsou dostatečně edukováni o průběhu propuštění a následné péči.

OSTATNÍ PŘIPOMÍNKY: V prostoru pro připomínky měli pacienti možnost se vyjádřit o dalších zkušenostech z pobytu ve zdravotnickém zařízení. Byly zde napsané z větší části děkovné oznámení s pozitivním hodnocením zdravotnického personálu. Žádnou negativní zkušenost z pobytu jsme nezaznamenali.

## 15. Návrh řešení zjištěných nedostatků

Ze všech otázek vyplynulo, že jediným nedostatkem byla nespokojenost pacientů s dobou ranního buzení. Dle harmonogramu oddělení je doba ranního buzení v 6.00 hodin. Tato hodina je plošně nastavena v celé ÚVN Praha. Jako zaměstnanec této nemocnice vím, že skutečná doba ranního buzení je ještě o něco dříve, z důvodu naplnění ordinace lékaře (např. odběry biologického materiálu, předoperační příprava apod.) a dostatečného zajištění pacienta po ošetrovatelské stránce.

Navrhovaná řešení:

- Kontrola sester vedoucím pracovníkem při ranním buzení pacientů,
- Posílit počty nelékařů na nočních směnách,
- Posunout celý chod nemocnice o jednu hodinu později.

Co se týče posledního bodu, znamenalo by to ve skutečnosti posunutí pracovní doby zdravotnického personálu, doby ordinačních hodin na ambulantních provozech a doby operativy. Tato opatření jsou jen příkladem toho, čím by se musel management nemocnice zabývat v případě zvýšení maximální spokojenosti pacientů s hospitalizací.

## 16. Vyhodnocení hypotéz

Na základě výsledků z dotazníkového šetření jsme stanovené hypotézy vyhodnotily.

**Hypotéza č. 1** – zde jsme předpokládali, že dotazovaní respondenti nejsou spokojeni s poskytováním informací o průběhu ošetrovatelské péče během hospitalizace. Do dotazníku jsme k této hypotéze přiřadily tři otázky (č. 6, 11, 15), která

náš předpoklad nepotvrdila (viz. grafické znázornění na straně 43, 48, 52). Spokojenost s poskytováním informací převyšovala 85% u všech třech otázek.

**Hypotéza č. 2** - zde jsme se domnívali, že klienti jsou nespokojeni s dobou ranního buzení. Tuto hypotézu stačilo postavit jen na jedné cílené otázce (č. 9). Podle očekávání výzkum hypotézu potvrdil, jelikož pouze 60,67 % respondentům doba ranního buzení vyhovovala (viz. grafické znázornění na straně 49). Ze získaných dat dotazníkového šetření plynou důležitá zjištění, na která je nutné reagovat komplexně na úrovni managementu kliniky, respektive ÚVN Praha.

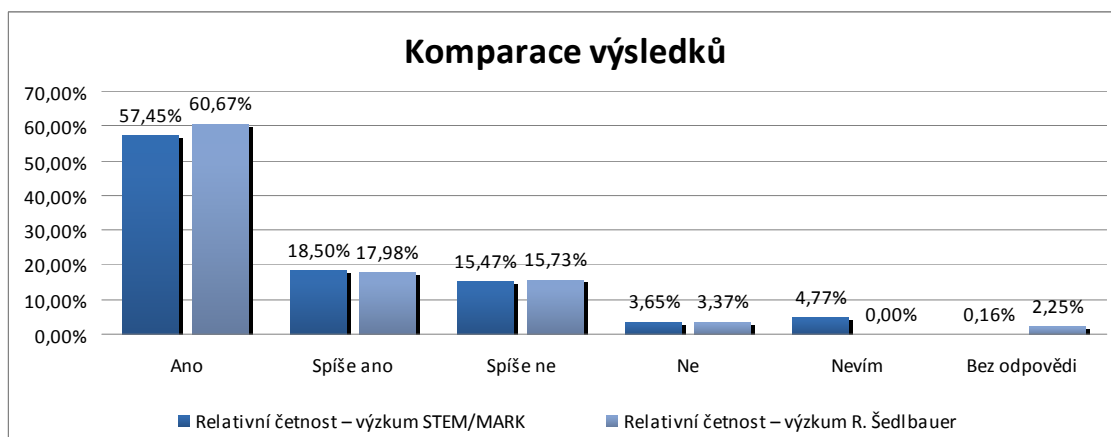
**Hypotéza č. 3** - zde jsme očekávali, že jsou pacienti dostatečně edukováni o průběhu propuštění a následné péči. K této hypotéze jsme do dotazníku přiřadily tři otázky (č. 18, 19, 21), které náš předpoklad potvrdila (viz. grafické znázornění na straně 55, 56, 58). Dokonce u otázky týkající se jak má pacient o sebe pečovat a jaké léky má po propuštění užívat se spokojenost vyšplhala k 97,75 %.

## 17. Komparace výsledků

Při komparaci výsledků šetření firmy STEM/MARK 2009, RNDr. Tomáše Raitera jsme došli k závěru, že obě šetření spolu korelují. U obou šetření vyšlo jako nejzávažnější problém nespokojenost respondentů s dobou ranního buzení (viz. tabulka níže).

Tabulka č. 22 Komparace výsledků - doba ranního buzení

	Relativní četnost – výzkum STEM/MARK	Relativní četnost – výzkum R. Šedlbauer
Ano	57,45%	60,67%
Spíše ano	18,50%	17,98%
Spíše ne	15,47%	15,73%
Ne	3,65%	3,37%
Nevím	4,77%	0,00%
Bez odpovědi	0,16%	2,25%
Celkový součet	100,00%	100,00%



Graf č. 22 Komparace výsledků - doba ranního buzení

## 18. Přímý vliv kvality ošetrovatelské péče na zdravotní stav pacienta

- Dostatečná informovanost o průběhu ošetrovatelské péče během hospitalizace a edukace o průběhu propuštění a následné péči má pozitivní vliv na psychickou stránku pacienta, ale i rodiny – příbuzných a na průběh - délku léčby.
- Brzká doba ranního buzení má kromě negativního vlivu na psychiku pacienta i podstatně negativní vliv na fyzickou stránku pacienta. Z toho plyne prodloužení délky léčby – hospitalizace.

Tyto zdá se nepatrné vlivy mohou i zkomplikovat hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení.

## ZÁVĚR

V předkládané bakalářské práci jsme se zabývali kvalitou ošetrovatelské péče z pohledu klienta/pacienta. V práci se soustředíme na hodnocení poskytované ošetrovatelské péče v ÚVN Praha.

V teoretické části se zabýváme obecným pojednáním kvality, základními pojmy, historií, jakým způsobem se měří kvalita, standardy ošetrovatelské péče, akreditačními procesy včetně ošetrovatelských auditů.

V poslední kapitole teoretické části se zmiňujeme o řízení kvality ošetrovatelské péče v ÚVN Praha.

V empirické části analyzujeme dotazníkové šetření, které proběhlo u klientů Kardiologického oddělení Interní kliniky 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a ÚVN Praha v měsíci listopad – prosinec 2010.

V bakalářské práci jsme si vytyčily dva cíle, k nimž jsme přiřadily tři pracovní hypotézy.

Cílem předkládané bakalářské práce bylo zmapovat a vyhodnotit úroveň spokojenosti s ošetrovatelskou péčí a komparace výsledků s již proběhlými výzkumy u hospitalizovaných pacientů v ÚVN Praha.

Na základě výsledku dotazníkového šetření jsme vyhodnotily dané hypotézy, přičemž Hypotéza č. 1, která se týkala spokojenosti pacientů s poskytováním informací o průběhu ošetrovatelské péče během hospitalizace se **nepotvrdila**.

Hypotéza č. 2 týkající se nespokojení pacientů s dobou ranního buzení se **potvrdila**.

Hypotéza č. 3, která se soustředila na dostatečné edukování o průběhu propuštění a následné péči se **potvrdila**.

Z obecných výsledků šetření vyšlo, že jsou pacienti spokojeni s úrovní poskytované ošetrovatelské péče v ÚVN Praha. U Hypotézy č. 1 a Hypotézy č. 3 s výsledky spokojenosti převyšující 90 %, lze konstatovat jako velmi pozitivní. Naopak co se týče Hypotézy č. 2, zde pacienti převážně nebyli spokojeni s dobou ranního buzení.

S výsledky získaných tímto výzkumným šetřením bude seznámen přednosta a vrchní sestra kliniky, kteří by měli být informováni o kvalitě poskytované ošetrovatelské péče na jejich oddělení. Zjištěná skutečnost svědčí o vysoké úrovni poskytované ošetrovatelské péče a to je jistě pro vedoucího pracovníka potěšující fakt.

Bonum aegroti suprema lex – Dobro pacienta je nejvyšší zákon (motto ÚVN Praha).

## SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Hospitalizace plánovaná nebo akutní.....	- 38 -
Tabulka č. 2 Pohlaví .....	- 39 -
Tabulka č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání .....	- 40 -
Tabulka č. 4 Věkové rozmezí .....	- 41 -
Tabulka č. 5 První kontakt se zařízením.....	- 42 -
Tabulka č. 6 Informace o svém zdravotním stavu .....	- 43 -
Tabulka č. 7 Čekání na lůžko při příjmu .....	- 44 -
Tabulka č. 8 Hluk v noci.....	- 45 -
Tabulka č. 9 Doba ranního buzení.....	- 46 -
Tabulka č. 10 Spokojenost s čistotou.....	- 47 -
Tabulka č. 11 Srozumitelná odpověď od sestry.....	- 48 -
Tabulka č. 12 Ochota sestry si promluvit .....	- 49 -
Tabulka č. 13 Chování sester .....	- 50 -
Tabulka č. 14 Důvěra k sestrám.....	- 51 -
Tabulka č. 15 Protichůdné informace .....	- 52 -
Tabulka č. 16 Rozhodování o léčbě.....	- 53 -
Tabulka č. 17 Práva pacientů .....	- 54 -
Tabulka č. 18 Odklad propuštění ze zařízení.....	- 55 -
Tabulka č. 19 Informovanost pacienta při propuštění .....	- 56 -
Tabulka č. 20 Doporučení zařízení rodině.....	- 57 -
Tabulka č. 21 Pomoc při zajištění následné péče .....	- 58 -
Tabulka č. 22 Komparace výsledků - doba ranního buzení.....	- 60 -



## SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Hospitalizace plánovaná nebo akutní .....	- 38 -
Graf č. 2 Pohlaví .....	- 39 -
Graf č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání .....	- 40 -
Graf č. 4 Věkové rozmezí .....	- 41 -
Graf č. 5 První kontakt se zařízením.....	- 42 -
Graf č. 6 Informace o svém zdravotním stavu.....	- 43 -
Graf č. 7 Čekání na lůžko při příjmu .....	- 44 -
Graf č. 8 Hluk v noci .....	- 45 -
Graf č. 9 Doba ranního buzení.....	- 46 -
Graf č. 10 Spokojenost s čistotou .....	- 47 -
Graf č. 11 Srozumitelná odpověď od sestry .....	- 48 -
Graf č. 12 Ochota sestry si promluvit .....	- 49 -
Graf č. 13 Chování sester.....	- 50 -
Graf č. 14 Důvěra k sestrám .....	- 51 -
Graf č. 15 Protichůdné informace.....	- 52 -
Graf č. 16 Rozhodování o léčbě.....	- 53 -
Graf č. 17 Práva pacientů.....	- 54 -
Graf č. 18 Odklad propuštění ze zařízení .....	- 55 -
Graf č. 19 Informovanost pacienta při propuštění .....	- 56 -
Graf č. 20 Doporučení zařízení rodině.....	- 57 -
Graf č. 21 Pomoc při zajištění následné péče .....	- 58 -
Graf č. 22 Komparace výsledků - doba ranního buzení .....	- 61 -

## Soupis bibliografických citací

FN PLZEŇ: Terminologie ošetrovatelské péče [online]. 2004 [cit. 2011-05-25]. Dostupné na WWW: < <http://www.fnplzen.cz/ospece/terminologie.htm#> > .

GLADKIJ, I., HEGER, L., STRNAD, L. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování. 1.vydání.* Brno: IDVPZ, 1999. 183 stran. ISBN 80-7013-272-8.

HLAVIČKOVÁ, R. *Edukace pacientů a jejich blízkých v ÚVN Praha*, 2011. Diplomová práce na Univerzitě Jana Amose Komenského na katedře Andragogiky. Vedoucí diplomové práce PaedDr. Josef Peterášek.

JAROŠOVÁ, D. *Teorie moderního ošetrovatelství. 1. vydání.* Praha: ISV, 2000. 133 stran. ISBN 80-85866-55-2.

KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo 1. díl.* První slovenské vydání. Martin: Osveta, 1991. 836 stran. ISBN 80-217-0528-0.

LEMON 1. *Učební texty pro sestry a porodní asistentky. 1. vydání.* Brno: IDV PZ, 1997. 184 stran. ISBN 80-7013-234-5.

MAREČKOVÁ, J., PŘIKRYLOVÁ, L., ŘEHOŘOVÁ, J. *Ošetrovatelská dokumentace.* LF UP, přednáška, Olomouc 2003.

MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I. díl, Systémový přístup. 1. vydání.* Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2002. 178 stran. ISBN 80-246-0429-9.

ŠKRLA, P., *Kreativní ošetrovatelský management. 1. vydání.* Praha: Advent-Orion s.r.o., 2003. 485stran. ISBN 80-7172-841-1.

VAŠÁTKOVÁ, I. *Ošetrovatelská dokumentace v nemocnici. 1. vydání.* Brno: IDVPZ. 2001. 127 stran. ISBN 80-7013-327-9.

VONDRÁČEK, L., LUDVÍK, M., NOVÁKOVÁ, J. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi. 1. vydání.* Praha: Grada. 2003. 72 stran. ISBN 80-247-0704-7.

WIKIPEDIE. *Otevřená encyklopedie.* [online]. 2002 [cit. 2011-05-25]. Dostupné na WWW: < <http://cs.wikipedia.org/wiki/Akreditace> > .

WIKIPEDIE. *Otevřená encyklopedie.* [online]. 2002 [cit. 2011-05-25]. Dostupné na WWW: < [http://cs.wikipedia.org/wiki/management\\_jakosti](http://cs.wikipedia.org/wiki/management_jakosti) > .

## Seznam příloh

<b>Příloha</b>	<b>A</b>	Žádost o povolení sběru dat
<b>Příloha</b>	<b>B</b>	Dotazník
<b>Příloha</b>	<b>C</b>	Maslowova hierarchie potřeb
<b>Příloha</b>	<b>D</b>	Ošetrovatelská překladová zpráva ÚVN Praha
<b>Příloha</b>	<b>E</b>	Indikátory kvality ÚVN Praha
<b>Příloha</b>	<b>F</b>	Certifikát Spokojený pacient ÚVN Praha

## Přílohy

### Příloha A – Žádost o povolení sběru dat

Mgr. Lenka Gutová, MBA, Hlavní sestra  
Ústřední vojenská nemocnice Praha  
U vojenské nemocnice 1200  
169 00 Praha 6

V Praze dne 4. 10. 2010

**Věc: žádost o povolení sběru dat**

Vážená Hlavní sestro,

Jsem student 3. ročníku kombinované formy bakalářského studia Ošetrovatelství na Ústavu zdravotnických studií v Liberci a chtěl bych Vás požádat o povolení sběru dat formou anonymního dotazníku na Interní klinice ÚVN Praha v období listopad – prosinec 2010. Dotazník je zaměřen na kvalitu ošetrovatelské péče z pohledu klienta/pacienta a byl vypracován pro potřebu mé bakalářské práce. Bakalářskou práci vypracovávám pod vedením Mgr. Hany Bláhové. Výsledky šetření Vám poskytnu i s konečnou verzí bakalářské práce. Součástí žádosti je i vypracovaný dotazník.

Předem děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

S pozdravem

  
Roman Šedlbauer  
Student UZS

Kontakt:  
Roman Šedlbauer  
Kubínova 439/2  
412 01 Litoměřice  
Email: [roman.sedlbauer@uvn.cz](mailto:roman.sedlbauer@uvn.cz)

Mgr. Lenka GUTOVÁ, MBA  
hlavní sestra  
Ústřední vojenská nemocnice Praha  
U Vojenské nemocnice 1200  
169 02 Praha 6 - Štěrbovice

*Souhlasím*

*gut*

4. 10. 2010

*Upozornění: Prosím, nezapomeňte, že tento dotazník se týká pouze Vaší současné návštěvy ve zdravotnickém zařízení a posledního oddělení, ze kterého budete nyní propuštěn/a*

**1. Byl/a jste v tomto zařízení, kde právě ležíte hospitalizován/a plánovaně nebo jako akutní případ?**

- ☐ Neplánovaně, jako akutní případ  
☐ Plánovaně, byl/a jsem objednan/a předem  
☐ Byl/a jsem převezen odjinud

#### **SOCIO - DEMOGRAFICKÉ CHARAKTERISTIKY**

**2. Pohlaví:**

- ☐ Muž  
☐ Žena

**3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- ☐ Základní  
☐ Středoškolské  
☐ Vysokoškolské

**4. Váš věk (prosím zaškrtněte):**

18-30, 31-45, 46-65, nad 66

#### **JAK PROBÍHALO VLASTNÍ PŘIJETÍ DO ZAŘÍZENÍ**

**5. Jak na Vás působil první kontakt se zařízením (na pohotovosti, na příjmu apod.)? Zapůsobil na mně:**

- ☐ Velmi dobře a profesionálně  
☐ Průměrně  
☐ Velmi špatně  
☐ Nevzpomínám si

**6. Dostal/a jste během přijetí dostatek informací o svém zdravotním stavu a dalším průběhu Vaší léčby?**

- ☐ Ano  
☐ Ano, v omezené míře  
☐ Ne, ačkoliv jsem je žádal/a  
☐ Ne, nežádal/a jsem informace

**7. Jak dlouho jste při příjmu do zařízení čekal/a na uložení na lůžko?**

- ☐ Do 15 minut  
☐ Méně než jednu hodinu  
☐ Alespoň jednu, ale méně než dvě hodiny  
☐ Dvě a více hodin  
☐ Nepamatuji se

#### **POBYT V ZAŘÍZENÍ**

**8. Rušil Vás v noci hluk?**

- ☐ Ne  
☐ Ano, hluk ostatních pacientů  
☐ Ano, hluk zaměstnanců zařízení  
☐ Ano, hluk zvenčí

**9. Vyhovovala Vám doba ranního buzení?**

- ☐ Ano  
☐ Spíše ano  
☐ Spíše ne  
☐ Ne  
☐ Nevím

**10. Jak jste byl/a spokojen/a s čistotou zdravotnického zařízení?**

- ☐ Ano  
☐ Spíše ano  
☐ Spíše ne  
☐ Ne  
☐ Nevím

#### **ZDRAVOTNÍ SESTRY**

**11. Když jste položil/a zdravotní sestře důležitou otázku, dostal/a jste odpověď, které jste rozuměl/a?**

- ☐ Vždy  
☐ Většinou  
☐ Občas  
☐ Nikdy  
☐ Neptal/a jsem se

**12. Pokud jste měl/a strach nebo obavy ze svého stavu nebo léčby, byla zdravotní sestra ochotna si s Vámi promluvit?**

- ☐ Vždy  
☐ Většinou  
☐ Občas  
☐ Nikdy  
☐ Neměl/a jsem strach ani obavy

**13. Chování sester vůči Vám a okolí bylo vždy profesionální?**

- ☐ Často  
☐ Občas  
☐ Nikdy

**14. Měl/a jste důvěru ke zdravotním sestram, které Vás ošetřovaly?**

- ☐ Určitě ano  
☐ Většinou ano  
☐ Většinou ne  
☐ Vůbec ne

#### ZDRAVOTNÍ PÉČE / LÉČBA

15. Stalo se Vám, že jste dostal/a během pobytu v zařízení od zdravotnického personálu (lékařů, sester) protichůdné informace?

- ☐ Často
- ☐ Občas
- ☐ Nikdy

16. Chtěl/a jste být více zapojen/a do rozhodování o své léčbě?

- ☐ Ano
- ☐ Ne
- ☐ Nevím

17. Byl/a jste seznámen/a s právy nemocného?

- ☐ Ano
- ☐ Ne
- ☐ Nevím

#### PROPUŠTĚNÍ ZE ZAŘÍZENÍ

18. Vyskytly se nějaké problémy, které způsobily odklad Vašeho propuštění ze zařízení?

- ☐ Ne
- ☐ Ano, měl/a jsem zdravotní komplikace
- ☐ Ano, čekal/a jsem na léky
- ☐ Ano, čekal/a jsem na prohlídku u lékaře
- ☐ Ano, čekal/a jsem na sanitku
- ☐ Ano, z jiného důvodu

19. Vysvětlili Vám zdravotníci, jak o sebe máte pečovat a jak užívat léky po propuštění ze zařízení?

- ☐ Jasně a srozumitelně
- ☐ Málo srozumitelně
- ☐ Nesrozumitelně
- ☐ Nevysvětlili vůbec

20. Doporučil/a byste toto zdravotnické zařízení rodině nebo přátelům?

- ☐ Určitě ano
- ☐ Spíše ano
- ☐ Spíše ne
- ☐ Určitě ne

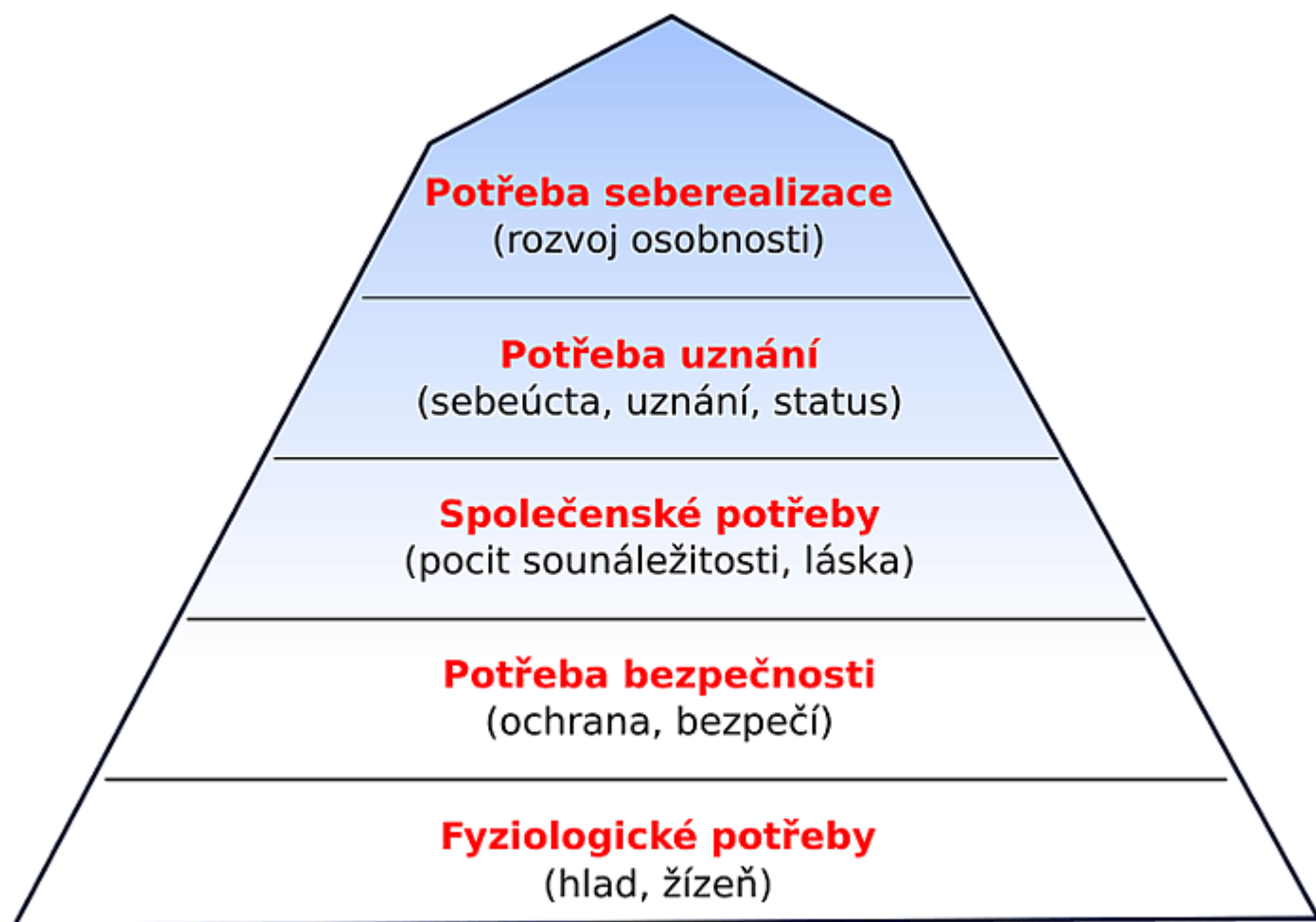
21. Nabídli Vám zdravotníci pomoc při zajišťování domácí péče po propuštění ze zařízení (např. pečovatelská služba, sociální pracovník apod.)?

- ☐ Ano
- ☐ Ne
- ☐ Můj zdravotní stav to nevyžadoval

#### OSTATNÍ PŘIPOMÍNKY


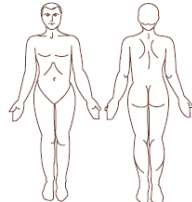
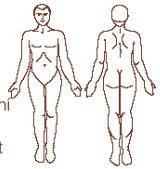
Jestliže chcete zmínit ještě nějaké další zkušenosti z Vašeho pobytu v tomto zařízení, napište je, prosím, do následujícího rámečku:

Děkuji Vám za čas, který jste vyplněním tohoto dotazníku věnoval/a. Vyplněný dotazník zalepte do obálky a tu, prosím dejte zdravotní sestře na Vašem oddělení.





# Příloha D - Ošetrovatelská překládová zpráva ÚVN Praha

Příjmení: ..... Jméno: ..... R.č.: .....		<b>Ošetrovatelská překládová zpráva</b>		 <b>ÚVN</b> ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE PRAHA			
		Oddělení: .....					
Datum: .....		Alergie: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		Diagnoza: .....			
čas překládu: .....		Alergen: .....					
Fyziologické funkce: .....		TK: ..... / P: ..... TT: ..... D: .....		SaO <sub>2</sub> : ..... CVP: .....			
Balance tekutin/za předchozí den/:							
Dnes odebráno: .....		Dnes objednáno: .....					
<b>Stav vědomí</b> <b>vědomí:</b> <input type="checkbox"/> při vědomí <input type="checkbox"/> bez omezení <input type="checkbox"/> porucha vědomí <input type="checkbox"/> ztížený <input type="checkbox"/> bezvědomí <input type="checkbox"/> nelze navázat <b>Psychický stav:</b> <input type="checkbox"/> klidný <input type="checkbox"/> orientovaný <input type="checkbox"/> rozrušený <input type="checkbox"/> zmatený <b>Dýchání</b> potíže <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne jaké: <input type="checkbox"/> kuřák <input type="checkbox"/> dušnost <input type="checkbox"/> klidová <input type="checkbox"/> námahová <input type="checkbox"/> noční <input type="checkbox"/> cyanoza <b>Kašel</b> <input type="checkbox"/> noční <input type="checkbox"/> dráždivý <input type="checkbox"/> s expektorací <b>Spánek</b> narušený <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		<b>Bolest</b> bolest: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne lokalizace:  intenzita: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 <b>Soběstačnost/pohyblivost:</b> <input type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> nesoběstačný <input type="checkbox"/> při chůzi <input type="checkbox"/> při hygieně <input type="checkbox"/> při oblékání <input type="checkbox"/> polohován <input type="checkbox"/> při jídle <input type="checkbox"/> rehabilitace		<b>Výživa</b> <input type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> nesoběstačný <input type="checkbox"/> enterální sonda zavedena dne: ..... <input type="checkbox"/> parenterální kanyla zavedena dne: ..... <input type="checkbox"/> diabetik defekt nohou <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Dieta č.: ..... <b>Edukace</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne téma: ..... Rizika <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne jaká: .....		<b>Vyprazdňování:</b> problém s močením: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> pálení <input type="checkbox"/> řezání <input type="checkbox"/> retence <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> jiné problém se stolicí: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne poslední stolice dne: ..... <input type="checkbox"/> pravidelná <input type="checkbox"/> nepravidelná <input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> stomie	
<b>Kůže</b> změny na kůži <input type="checkbox"/> opruzeniny <input type="checkbox"/> otoky <input type="checkbox"/> jiné defekty <input type="checkbox"/> dekubity stupeň: 1. zčervenání 2. tvorba puchýřů 3. hluboké poškození kůže a tkáně 4. dekubitus na kost – nekroza 		<b>Kůže</b> <input type="checkbox"/> operační <input type="checkbox"/> popáleniny <input type="checkbox"/> stomie <input type="checkbox"/> zevní fixátory <input type="checkbox"/> jiné Datum převazu: ..... Materiál: .....		<b>Významný handicap</b> <input type="checkbox"/> problémy se zrakem <input type="checkbox"/> problémy s chůzí <input type="checkbox"/> problémy se sluchem <input type="checkbox"/> problémy s řečí <input type="checkbox"/> cizinec <b>Pomůcky</b> <input type="checkbox"/> brýle / čočky <input type="checkbox"/> vozík <input type="checkbox"/> berle / hůl <input type="checkbox"/> protéza <input type="checkbox"/> naslouchátko <input type="checkbox"/> zubní protéza <input type="checkbox"/> horní <input type="checkbox"/> dolní <input type="checkbox"/> stomie <input type="checkbox"/> jiné: .....			
<b>Katetry, drény</b> <input type="checkbox"/> periferní žilní katetr dat.zav.: ..... dat.oš.: ..... <input type="checkbox"/> centrální žilní katetr dat.zav.: ..... dat.oš.: ..... <input type="checkbox"/> arteriální katetr dat.zav.: ..... dat.oš.: ..... <input type="checkbox"/> epidurální katetr dat.zav.: ..... dat.oš.: ..... <input type="checkbox"/> močový katetr dat.zav.: ..... dat.oš.: .....							
Terapie: aplikovaná od 6.00, u časovaných léků (ABT, inzulin) čas poslední aplikace							
Čas	Medikace				Způsob podání	Podpis sestry	
Osobní věci pacienta (cennosti vypsát, ostatní předat s Dokladem o úschově)							
Cennosti:					Sepsal/a:		
Zvláštní upozornění:					Svědék		
Předala/a sestra:					Převzal/a sestra:		

TK - tlak krve, P - puls, TT - tělesná teplota, D - dech, SaO<sub>2</sub> - saturace hemoglobinu kyslíkem, CVP - centrální žilní tlak

INDIKÁTORY KVALITY ÚVN platné v roce 2011		
Standard	Indikátor	Definice
<b>Požadované klinické</b> indikátory (zahrnuje organizaci, postupy a výsledky):		
<b>QPS.3.1 Součástí klinického sledování je vyšetření pacienta Nursing-Sensitive Care (NSC)</b>	Příjmové vyšetření je provedeno nebo signováno lékařem se specializovanou způsobilostí	Procento kontrolovaných chorobopisů, které obsahují vyšetření, které provedl nebo signoval lékař se specializovanou způsobilostí
	Pády pacientů během hospitalizace I-NSC - 4, 5	Výskyt všech pádů pacientů během hospitalizace s nebo bez zranění/poškození za měsíc.
	Edukace pacientů po CMP I-STK-8	Počet edukovaných pacientů hospitalizovaných po CMP.
<b>QPS.3.2 Součástí klinického sledování jsou programy laboratorní bezpečnosti</b>	Dodržování předepsaného času u statimových laboratorních vyšetření	Procento statimových laboratorních vyšetření, jejichž vyhotovení překročilo časový limit stanovený směrnici ředitele, s uvedením času odběru
<b>QPS.3.3 Součástí klinického sledování jsou programy bezpečnosti radiodiagnostických metod</b>	Procento pacientů přicházejících k zobrazovacímu vyšetření bez adekvátní přípravy	Počet pacientů bez adekvátní přípravy/počet všech zobrazovacích vyšetření s nutnou předchozí přípravou
<b>QPS.3.4 Součástí klinického sledování jsou chirurgické postupy</b>	Počet neplánovaných reoperací.	Počet neplánovaných reoperací do 30 dnů po původní operaci (incidence dle oddělení + kazuistiky)
	Mortalita operandů do 14 dní po výkonu.	Počet operovaných zemřelých do 14 dní od poslední operace (incidence dle oddělení + kazuistiky)
<b>QPS.3.5 Součástí klinického sledování je používání antibiotik a dalších léků</b>	Spotřeba antibiotik v ÚVN I-SCIP-Inf-2e ; I-SCIP-Inf-2d	Shoda indikované a podávané antibiotické profylaxe Audit ATB profylaxe u náhrad velkých kloubů

	Prevence TEN - I - VTE - 1	Profylaxe TEN u pacientů do 6hodin po operačním výkonu.
<b>QPS.3.6 Součástí klinického sledování jsou chyby a "skoro chyby" při podávání léků</b>	Počet hlášení medikačních pochybení	Počet chyb v medikaci (absolutní počet + kazuistiky) zdroj MU
<b>QPS.3.7 Součástí klinického sledování je podávání anestézie</b>	Kompletní předanestetické vyšetření je prováděno před plánovaným chirurgickým výkonem	Počet kompletních předanestetických vyšetření / počet pacientů podstupujících plánovaný výkon v celkové anestézii
	Počet pacientů reintubovaných po anestézii	Počet pacientů s reintubací do 24h po výkonu / počet výkonů v celkovém znecitlivění s endotracheální intubací.
<b>QPS.3.8 Součástí klinického sledování je používání krve a krevních derivátů</b>	Potransfúzní reakce	Počet závažných (definováno v příslušné směrnici) potransfúzních reakcí / počet transfúzí
<b>QPS.3.9 Součástí klinického sledování je dostupnost, obsah a používání zdravotnické dokumentace</b>	Vedení zdravotnické dokumentace	Procento zdravotnické dokumentace splňující kontrolní kritéria - stanovený cíl: 95 % (v rámci kontroly uzavř. dokumentace)
	Pacient s potřebou nutriční intervence je dále vyšetřován, je kontaktován nutriční terapeut	Počet pacientů s potřebou nutriční intervence, kteří přišli do kontaktu s nutričním terapeutem nebo jsou dále vyšetřováni / počet pacientů s potřebou nutriční intervence (zdroj - uzavř. zdr. dokumentace)
	Respirační inf.	Počet ventilátorových pneumonií/počet ventilátorových dnů (OD)
<b>QPS.3.10 Součástí klinického sledování je kontrola nemocničních nákaz, dohled nad nimi a podávání příslušných hlášení</b>	Inf. močových cest	Počet urosepsí u pacientů se zavedeným permanentním močovým katétrem / počet katérových dnů (OD)
	Inf. spojené s katétry a jinými invazivními pomůckami	Katérové infekce krevního řečiště /počet katérových dnů (OD)
	Ranné infekce	Počet infekcí/počet chirurgických výkonů
<b>QPS.3.11 Součástí klinického sledování je výzkum</b>	Sledování vedlejších/nežádoucích účinků léků.	Procento hlášení událostí na SÚKL.

**Požadované manažerské indikátory:**

<b>QPS.3.12</b> Součástí sledování manažerských činností je zásobování běžně požadovaným materiálem a léky nezbytnými pro potřeby pacientů	Počet případů nedostupného léčiva a zdravotnického materiálu	Sledování potřeby léčiv, která nejsou uvedena v pozitivním listu (absolutní počet hlášení + kazuistiky)
<b>QPS.3.13</b> Součástí sledování manažerských činností je kontrola podávání zpráv o činnostech, kde je to požadováno zákonem nebo podzákonnými normami	Zprávy o infekčních nemocech a přenosných chorobách	Analýza počtu <u>hlášených</u> infekcí
<b>QPS.3.14</b> Součástí sledování manažerských činností je řízení rizik	Procento nosokomiálních dekubitů	Podíl pacientů s dekubitem na počet pacientů v riziku (Hlášení NRC).
<b>QPS.3.15</b> Součástí sledování manažerských činností je řízení využití zdrojů	Délka čekací doby před prvním kontaktem s odborníkem	Čas od prvního kontaktu pacienta na Emergency do sepsání přijetí na Interní kliniku ÚVN
<b>QPS.3.16</b> Součástí sledování manažerských činností je očekávání a spokojenost pacientů a jejich blízkých	Spokojenost pacientů (různé kategorie)	Indexy spokojenosti pacientů v různých kategoriích
<b>QPS.3.17</b> Součástí sledování manažerských činností je očekávání a spokojenost personálu	Spokojenost v zaměstnání	Analýza spokojenosti všech pracovníků v ÚVN
<b>QPS.3.18</b> Součástí sledování manažerských činností jsou demografické údaje a diagnózy pacientů	Průměrná délka hospitalizace	celkový počet lůžkodnů/celkový počet propuštěných pacientů
	Průměrná obloženost	Průměrný denní počet hospitalizovaných/počet otevřených lůžek
	Procento pacientů starších 70 let	Počet pacientů ve věku 70 let a více/celkový počet pacientů
	Počet hospitalizovaných cizinců	Počet hospitalizovaných cizinců/počet nepojištěných a samoplátců a procento ze všech hospitalizovaných
<b>QPS.3.19</b> Součástí sledování manažerských činností je finanční hospodaření	Analýza produkce ÚVN Praha (porovnání referenčních období roku 2009 s rokem 2011 za každý měsíc, každé oddělení a každou jednotlivou ZP.	<b>Ambulance:</b> porovnání skutečně vykázaných bodů s referenčním obdobím z roku 2009. <b>Hospitalizace A:</b> počet hospitalizačních případů v porovnání s referenčním obdobím roku 2009. <b>Hospitalizace B:</b> počet vykázaných CMI za referenční období roku 2009

<b>QPS.3.20 Součástí sledování manažerských činností je dozor, kontrola a prevence událostí, které ohrožují bezpečí pacientů, jejich blízkých a personálu</b>	Monitoring všech mezinárodních bezpečnostních cílů	Uvedení 2 údajů k identifikaci pacienta, dodržování postupu efekt. komunikace, uskladnění rizikových léků, monitorace PBP, spotřeba dezinfekcí a mýdel/lůžkoden, počet pádů na 1000 lůžkodnů
---	--	--

